

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LUÍSA CANESTRARO KALINOWSKI

**VIVÊNCIA DO CUIDADO PELA PUÉRPERA PRIMÍPARA NO CONTEXTO  
DOMICILIAR: OLHAR DA ENFERMEIRA**

CURITIBA

2011

LUÍSA CANESTRARO KALINOWSKI

**VIVÊNCIA DO CUIDADO PELA PUÉRPERA PRIMÍPARA NO CONTEXTO  
DOMICILIAR: OLHAR DA ENFERMEIRA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Ribeiro Lacerda  
Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Marilene Loewen Wall

CURITIBA

2011

Kalinowski, Luísa Canestraro

Vivência do cuidado pela puérpera primípara no contexto domiciliar:  
olhar da enfermeira / Luísa Canestraro Kalinowski – Curitiba, 2011.  
141 f.: il. ; 30 cm.

Orientadora: Professora Dra. Maria Ribeiro Lacerda  
Co-Orientadora: Professora Dra. Marilene Loewen Wall  
Dissertação (mestrado) –Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade  
Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1.Cuidados domiciliares de saúde. 2. Puerpério. 3. Primiparidade.  
4. Pesquisa qualitativa. 5. Enfermagem. I. Lacerda, Maria Ribeiro.  
II. Wall, Marilene Loewen. III. Universidade Federal do Paraná.  
IV. Título.

CDD 618.20231

## TERMO DE APROVAÇÃO

LUÍSA CANESTRARO KALINOWSKI

### VIVÊNCIA DO CUIDADO PELA PUÉRPERA PRIMÍPARA NO CONTEXTO DOMICILIAR: OLHAR DA ENFERMEIRA

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:



Profa. Dra. Maria Ribeiro Lacerda

Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR



Profa. Dra. Telma Elisa Carraro

Membro Titular: Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC



Profa. Dra. Rita de Cassia Chamma

Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 29 de novembro de 2011.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pelo dom da vida, pelas bênçãos concedidas, por me iluminar, por colocar pessoas especiais em minha vida e por me dar forças durante esta caminhada do mestrado.

A minha família, especialmente aos meus pais Regina e Jorge, por acreditarem em mim, por todo o apoio, pela paciência, carinho e amor. Sem vocês nada disso seria possível!

Ao meu namorado Fernando, pelo companheirismo, compreensão, carinho, amor, pelos momentos de alegria e por estar sempre ao meu lado me incentivando e me fazendo feliz.

A minha amiga Sádala e ao seu pai Antônio, por toda ajuda, pelas ideias, por sempre torcerem por mim, e por me acompanharem e me incentivarem durante este ano.

Às doutorandas Ana Paula, Leomar e Luciane, pela ajuda e conhecimentos compartilhados, pelas orientações, pelas conversas, mas principalmente pelo incentivo e apoio.

As minhas colegas da turma do mestrado, pelos momentos de convivência, de compartilhamento de experiências, de aprendizado e de descontração.

À prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Maria Dyniewicz, pelos ensinamentos, apoio e por sempre me incentivar e torcer por mim.

Às bolsistas do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE), Pâmella, Juliana e Erika, pela troca de experiências e conhecimentos e pela ajuda no desenvolvimento deste trabalho.

À prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Ribeiro Lacerda, por sua orientação e seus ensinamentos, por direcionar esta pesquisa com muita competência e sabedoria, e por colaborar em meu crescimento profissional.

À prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marilene Loewen Wall, por suas orientações, por sua atenção, por compartilhar seus conhecimentos, e por sempre me acompanhar, apoiar e estimular nesses dois anos.

Aos membros da banca, por aceitarem o convite e participarem da qualificação e especialmente da defesa, e por suas importantes contribuições referentes a este trabalho.

Às puérperas primíparas que fizeram parte deste trabalho, por aceitarem participar da pesquisa, por permitirem minha entrada em seus domicílios, e por contribuírem com seus relatos.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e aos demais professores, pelo apoio, ensinamentos e suporte oferecidos.

Aos membros do NEPECHE, pela ajuda na construção e no aprimoramento deste trabalho, e pelos momentos de aprendizado.

À UFPR, pela oportunidade de cursar um mestrado acadêmico, pela estrutura e pelo ensino oferecidos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro ofertado durante o mestrado.

Apesar dos nossos defeitos, precisamos enxergar que somos pérolas únicas no teatro da vida e entender que não existem pessoas de sucesso e pessoas fracassadas. O que existem são pessoas que lutam pelos seus sonhos ou desistem deles.

Augusto Cury

## RESUMO

KALINOWSKI, L.C. **Vivência do cuidado pela puérpera primípara no contexto domiciliar**: olhar da enfermeira. 2011. 141f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Ribeiro Lacerda. Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Marilene Loewen Wall.

A maternidade causa intensas transformações na vida da mulher, uma vez que surgem novas responsabilidades e diferentes desafios, especialmente na vida da puérpera primípara, pois a primeira experiência pode estar carregada de insegurança e conflitos na realização dos cuidados consigo mesma, com o bebê, com outras pessoas e com seu próprio domicílio. Neste sentido, como o cuidado no pós-parto acontece principalmente em âmbito domiciliar, desenvolveu-se esta pesquisa, que teve como objeto o cuidado vivenciado pela puérpera primípara em seu contexto domiciliar. Os objetivos foram: interpretar como a puérpera primípara vivencia o cuidado no contexto domiciliar e construir um modelo teórico que explicita como a puérpera primípara vivencia o cuidado no contexto domiciliar. Esta foi uma pesquisa de abordagem qualitativa, que utilizou como método a Teoria Fundamentada nos Dados, tendo sido desenvolvida no domicílio de 16 puérperas primíparas, que fizeram parte de três grupos amostrais: o primeiro foi composto por seis mulheres no puerpério imediato; o segundo, por seis mulheres no puerpério tardio; e o terceiro, por quatro mulheres no puerpério remoto. A coleta de dados ocorreu nos meses de janeiro a junho de 2011, por meio de entrevista semiestruturada audiogravada e observação estruturada não-participante. A análise dos dados foi feita por meio da codificação substantiva – subdividida em codificação aberta e seletiva – e da codificação teórica. A partir da coleta e análise dos dados, evidenciou-se o fenômeno “Vivência do cuidado pela puérpera primípara no contexto domiciliar”, no qual as participantes experienciaram o cuidado no contexto domiciliar por meio do exercício do papel materno, da interação com familiares e amigos e ao (des)cuidar de si, conforme as três categorias: “Exercendo o papel materno pela primeira vez” (categoria central), “Interagindo com familiares e amigos” e “Vivenciando o (des)cuidado de si”. Com isso, o modelo teórico foi construído e revelou que as categorias, subcategorias e elementos deste fenômeno se inter-relacionaram de acordo com o código teórico “Família Interativa”, no qual existiam relações de efeito mútuo, reciprocidade, trajetória mútua, interdependência e sequência entre os conceitos. Com esta pesquisa foi possível perceber o cuidado sob variadas dimensões, uma vez que as participantes realizavam ações de cuidado consigo mesma, com o bebê e/ou familiares, e com o seu domicílio, além de receberem atenção por parte das pessoas de seu convívio. Diante disso, destaca-se a importância da atuação do enfermeiro no puerpério, profissional que pode auxiliar a puérpera primípara, juntamente com sua família, a se adaptarem e enfrentarem esta nova fase em sua vida, ao desenvolver cuidados que englobem o lado subjetivo da maternidade. Para isso, sugere-se que sejam trabalhados no ensino de graduação em Enfermagem assuntos relacionados à subjetividade da maternidade; à mudança de papel vivenciada pela puérpera; às principais dificuldades que podem aparecer durante o exercício do papel materno e as maneiras de preveni-las; à influência dos familiares, da cultura e do contexto domiciliar no cuidado; bem como à valorização do cuidado de si pela puérpera.

Palavras-chave: Cuidados domiciliares de saúde. Puerpério. Primiparidade. Pesquisa qualitativa. Enfermagem.



## ABSTRACT

KALINOWSKI, L.C. **Puerperal primiparas' care experience in the household context:** look nurse. 2011. 141f. Dissertation [Nursing Master's degree] – Federal University of Paraná, Curitiba. Advisor: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Ribeiro Lacerda. Co-advisor: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Marilene Loewen Wall.

Motherhood causes intense changes in women's lives once new responsibilities and different challenges are brought on, especially in the lives of puerperal primiparas, as the first experience may carry along insecurity and conflicts to deliver care to themselves, to the baby, to others and to their own homes. Thus, as postpartum care ultimately takes place in the household setting, this research study was developed, and its object was care experienced by puerperal primiparas in their household context. The objectives were: to interpret how puerperal primiparas experience care in their home context, and to build up a theoretical model, which discloses how puerperal primiparas experience care in the household context. It was a qualitative research study which used the grounded theory method, being carried out in the homes of 16 puerperal primiparas who took part in three sampling groups: the first took up six women in immediate puerperium; the second entailed six women in late puerperium, and the third entailed four women in remote puerperium. Data collection was carried out between January and June of 2011 by means of an audiotaped semistructured interview and structured non-participant observation. Data analysis was performed by means of substantive coding – subdivided in open and selective coding, and theoretical coding. From data collection and analysis, the phenomenon "Puerperal primiparas' care experience in the household context" was evidenced, in which participants experienced care in home settings by means of exercising maternal role, of the interaction with family members and friends, and by (un)caring themselves, according to the three categories: "Exercising maternal role for the first time" (central category), "Interacting with family and friends", and "Experiencing (un)care of herself". Thus, the theoretical model was built up and disclosed that the categories, subcategories and the elements of this phenomenon were interrelated, according to the theoretical code "Interactive Family" where mutual-effect relations existed, reciprocity, mutual trajectory, interdependence and sequence among concepts. Through this study, it was possible to perceive care under varied dimensions, once the participants performed caring actions to themselves, to the baby and/or family members and to their homes, besides getting the attention of their intimates. This way, the importance of nurses' actions in puerperium is pointed out; professionals who can help puerperal primiparas, along with their families, adapt to this new phase in their lives, by delivering care which encompasses the subjective realm of motherhood. In order to effect that, it is suggested that the following themes be developed during nursing graduation: subjectivity in motherhood; the role change experienced by puerperal women; the major difficulties that may come up during the exercise of the maternal role and the ways to prevent them; the influence of family, culture and household context over caring; besides the valuing of puerperal women's care of themselves.

Keywords: Home care. Puerperium. Primiparity. Qualitative research. Nursing.

## **LISTA DE FIGURAS**

FIGURA 1	– GENEALOGIA DA TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS.....	46
FIGURA 2	– GRUPOS AMOSTRAIS DA PESQUISA E TOTAL DE PARTICIPANTES EM CADA GRUPO.....	51
FIGURA 3	– ANÁLISE DOS DADOS NA TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS, SEGUNDO A PERSPECTIVA DE GLASER.....	55

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	–	MODELO DE CODIFICAÇÃO DOS DADOS DE ENTREVISTA NA SUBFASE “CODIFICAÇÃO ABERTA”.....	56
QUADRO 2	–	MODELO DE CODIFICAÇÃO DOS DADOS DE OBSERVAÇÃO NA SUBFASE “CODIFICAÇÃO ABERTA”.....	57
QUADRO 3	–	MODELO DE AGRUPAMENTO DOS DADOS NA SUBFASE “CODIFICAÇÃO ABERTA”.....	58
QUADRO 4	–	MODELO DE NOTA TEÓRICA.....	62
QUADRO 5	–	MODELO DE NOTA METODOLÓGICA.....	62
QUADRO 6	–	DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS, SEGUNDO IDADE, TIPO DE PARTO E DIAS DO PÓS-PARTO.....	64
QUADRO 7	–	DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS, SEGUNDO SITUAÇÃO CONJUGAL, ESCOLARIDADE, PROFISSÃO/OCUPAÇÃO E RELIGIÃO.....	66
QUADRO 8	–	DADOS DO DOMICÍLIO DAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS.....	67
QUADRO 9	–	CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E ELEMENTOS DO FENÔMENO.....	69

## LISTA DE DIAGRAMAS

DIAGRAMA 1	– CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DO FENÔMENO E SUAS INTER-RELAÇÕES.....	60
DIAGRAMA 2	– SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA “EXERCENDO O PAPEL MATERNO PELA PRIMEIRA VEZ”.....	70
DIAGRAMA 3	– ELEMENTOS DA SUBCATEGORIA “CUIDANDO DO BEBÊ”.....	71
DIAGRAMA 4	– ELEMENTOS DA SUBCATEGORIA “AVALIANDO SEU DESEMPENHO COMO MÃE”.....	76
DIAGRAMA 5	– ELEMENTOS DA SUBCATEGORIA “REFLETINDO SOBRE O EXERCÍCIO DA MATERNIDADE”.....	79
DIAGRAMA 6	– SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA “INTERAGINDO COM FAMILIARES E AMIGOS”.....	85
DIAGRAMA 7	– ELEMENTOS DA SUBCATEGORIA “RECEBENDO AJUDA E ENSINAMENTOS POR PARTE DOS FAMILIARES”.....	86
DIAGRAMA 8	– ELEMENTOS DA SUBCATEGORIA “(DES)CUIDANDO DOS FAMILIARES”.....	89
DIAGRAMA 9	– ELEMENTOS DA SUBCATEGORIA “SENDO CUIDADA PELOS FAMILIARES”.....	91
DIAGRAMA 10	– ELEMENTOS DA SUBCATEGORIA “PERCEBENDO O RELACIONAMENTO COM FAMILIARES E AMIGOS”.....	93
DIAGRAMA 11	– SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA “VIVENCIANDO O (DES)CUIDADO DE SI”.....	95
DIAGRAMA 12	– ELEMENTOS DA SUBCATEGORIA “CUIDANDO DE SI”....	96
DIAGRAMA 13	– ELEMENTOS DA SUBCATEGORIA “NEGANDO O CUIDADO DE SI”.....	102
DIAGRAMA 14	– VIVÊNCIA DO CUIDADO PELA PUÉRPERA PRIMÍPARA NO CONTEXTO DOMICILIAR.....	106

## LISTA DE SIGLAS

AC	–	Alojamento Conjunto
CD	–	Cuidado domiciliar
ESF	–	Estratégia Saúde da Família
GT	–	<i>Grounded Theory</i>
MS	–	Ministério da Saúde
RN	–	Recém-nascido
TCLE	–	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	–	Teoria Fundamentada nos Dados
UBS	–	Unidade Básica de Saúde
US	–	Unidade de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>20</b>
2.1 O CUIDADO.....	20
2.1.1 O cuidado no período pós-parto e a Enfermagem.....	25
2.2 A PUÉRPERA PRIMÍPARA.....	34
2.3 O CUIDADO DOMICILIAR.....	40
<b>3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....</b>	<b>44</b>
3.1 PESQUISA QUALITATIVA.....	44
3.2 TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS.....	45
3.2.1 Origem.....	45
3.2.2 Definição e características.....	47
3.3 DEFININDO OS LOCAIS DA PESQUISA .....	49
3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	50
3.4.1 Amostragem Teórica.....	51
3.5 COLETA DE DADOS.....	52
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	54
3.6.1 Codificação substantiva.....	55
3.6.2 Codificação teórica.....	58
3.6.3 Memorandos e diagramas.....	61
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	63
<b>4 APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....</b>	<b>64</b>
4.1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E DO DOMICÍLIO DAS PARTICIPANTES	64
4.2 CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E ELEMENTOS DO FENÔMENO....	68
4.2.1 Categoria “Exercendo o papel materno pela primeira vez” .....	70
4.2.1.1 Subcategoria “Cuidando do bebê”.....	70
4.2.1.2 Subcategoria “Avaliando seu desempenho como mãe”.....	75
4.2.1.3 Subcategoria “Refletindo sobre o exercício da maternidade”.....	78
4.2.2 Categoria “Interagindo com familiares e amigos” .....	84
4.2.2.1 Subcategoria “Recebendo ajuda e ensinamentos por parte dos familiares”.....	85

4.2.2.2 Subcategoria “(Des)cuidando dos familiares”.....	89
4.2.2.3 Subcategoria “Sendo cuidada pelos familiares”.....	91
4.2.2.4 Subcategoria “Percebendo o relacionamento com familiares e amigos”.....	93
4.2.3 Categoria “Vivenciando o (des)cuidado de si” .....	95
4.2.3.1 Subcategoria “Cuidando de si”.....	96
4.2.3.2 Subcategoria “Negando o cuidado de si”.....	101
<b>5 VIVÊNCIA DO CUIDADO PELA PUÉRPERA PRIMÍPARA NO CONTEXTO DOMICILIAR.....</b>	<b>105</b>
<b>6 DISCUSSÃO DO MODELO TEÓRICO CONSTRUÍDO COM A LITERATURA.....</b>	<b>111</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>124</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>128</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>136</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>141</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A maternidade é caracterizada por diversas mudanças físicas e emocionais na vida da mulher, de modo que sua preparação se inicia durante a gestação, mas apenas se consolida no período pós-parto, também denominado puerpério (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002). Para Nakano *et al.* (2003), este período pode ser ainda chamado de dieta, resguardo ou quarentena e implica cuidados e restrições que objetivam adequada recuperação da puérpera.

O puerpério é a fase entre o nascimento do neonato e o retorno do organismo da puérpera à condição pré-gravídica (BRASIL, 2001). Quanto à sua duração, existem algumas divergências entre os autores. Para Souza *et al.* (2008) e o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2001), o pós-parto inicia-se na primeira hora após a saída da placenta e não tem término previsto, pois a puérpera, enquanto amamentar, sofrerá modificações em seu corpo, descrição aceita neste trabalho. Já para Lowdermilk, Perry e Bobak (2002), sua duração é de aproximadamente seis semanas.

Algumas alterações anatômicas e fisiológicas que ocorrem englobam: processo de involução uterina; perda de lóquios; retorno da cérvix, vagina e períneo à sua forma normal; mudanças hormonais significativas; retorno da parede e vísceras abdominais à sua posição original; restabelecimento da função normal dos rins; início da lactação; adaptações no sistema musculoesquelético; retorno do padrão respiratório, entre outras (BRASIL, 2001; LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

Como descrito, diversas transformações ocorrem durante o puerpério, mas existem outras que extrapolam os aspectos biológicos e incluem componentes de ordem psicoemocional, como alterações de humor, sentimentos contraditórios e de insegurança, por exemplo (BRASIL, 2001). Destaca-se ainda que nas primeiras semanas após o parto a puérpera enfrenta grandes desafios, mesmo aquela que planejou e aceitou a nova condição de mãe (ALVES *et al.*, 2007).

Neste sentido, entende-se que o período puerperal é cercado por diversas transformações, em que a mudança para a maternidade é familiar, visto que causa impacto em seus membros, além de exigir formas de adaptação.



Com isso, dispor de uma rede de suporte social é essencial para as mães, uma vez que as tarefas, responsabilidades e cuidados se multiplicam (ALVES *et al.*, 2007). Para Ravelli (2008), a puérpera enfrenta desafios ao cuidar de si, do bebê, do domicílio e também da família, de forma que o apoio de familiares, amigos e profissionais de saúde capacitados é fundamental para auxiliá-la no enfrentamento dessa condição.

De acordo com Stefanello, Nakano e Gomes (2008), o cuidado no pós-parto tem se construído essencialmente no âmbito familiar, no qual uma complexa rede de relações se estabelece em torno da puérpera e do recém-nascido (RN) e cria ações de ajuda no cuidado ao binômio mãe-bebê. Além disso, as puérperas, muitas vezes, realizam os cuidados no pós-parto embasadas nas experiências de pessoas de seu meio relacional, principalmente do interior da família (STEFANELLO, 2005).

A maternidade provoca mudanças profundas na vida da puérpera e, assim, é importante entender a vivência de ser mãe, especialmente mãe primípara, ou seja, mãe pela primeira vez. Isto porque as mães primíparas podem necessitar de maior acompanhamento nas habilidades da maternidade (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002), pois para Silva *et al.* (2009) essa primeira experiência pode estar carregada de insegurança, conflitos e inexperiência com relação aos cuidados consigo e, principalmente, com o bebê.

Estas puérperas, por vivenciarem pela primeira vez o papel materno, ainda desconhecem as emoções e surpresas, felicidades e frustrações da maternidade, contudo, na maioria das vezes, este é um momento ímpar, novo, cercado de crenças culturais e expectativas (SILVA *et al.*, 2009).

Desta forma, a puérpera primípara, muitas vezes, não está preparada para enfrentar e se adaptar ao novo papel e necessita organizar seu dia a dia para cuidar do bebê, de si e de outras pessoas, além de continuar suas relações com a família e a sociedade (ALVES *et al.*, 2007). Muitas delas têm dificuldades principalmente relacionadas à fase de adaptação à condição de mãe, às rotinas e às demandas que a maternidade exige (SILVA *et al.*, 2009).

Para que ocorra a adaptação à maternidade, a puérpera necessita assumir comportamentos e habilidades para lidar com as mudanças e com o possível desequilíbrio da maternidade, pois esta transição ao papel materno não é fácil, visto que a simbologia da barriga é perdida e o bebê assume a forma concreta (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002; ALVES *et al.*, 2007).

Convém ressaltar que a experiência da maternidade pode significar felicidade e realização, mas também pode trazer consigo sacrifícios e abdições, pois ocorrem mudanças na rotina, e os afazeres domésticos, bem como o cuidado de si podem ficar em segundo plano, devido às necessidades do bebê (STEFANELLO, 2005).

No intuito de tentar entender esta experiência singular, Souza *et al.* (2008) referem que, ao estudar a puérpera, merece destaque a influência da cultura no cuidado, uma vez que é no meio familiar que crenças, hábitos, atitudes e condutas são transmitidos de geração a geração. Stefanello, Nakano e Gomes (2008) afirmam que as diferentes formas de cuidado no período pós-parto estão estreitamente ligadas a padrões culturais inseridos em contextos sociais específicos.

Alguns desses cuidados realizados pelas puérperas e que estão relacionados a questões culturais são: manter repouso absoluto; evitar esforços físicos; realizar mudanças na dieta alimentar; evitar a prática de relações sexuais; cuidar da higiene corporal; não lavar a cabeça; limpar a cicatriz cirúrgica; cuidar da episiorrafia; evitar exposição prolongada ao frio ou ao calor; cuidar do bebê, que envolve o banho, limpeza do coto umbilical e alimentação, entre outros (NAKANO *et al.*, 2003; ROCHA; BEZERRA; CAMPOS, 2005; STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008).

Como já mencionado, esses cuidados acontecem dentro do domicílio da puérpera. Neste sentido, destaca-se a importância de entender o contexto domiciliar, que engloba as peculiaridades e a dinâmica de cada família, além de abranger fatores que influenciam a vida dessas pessoas, como renda, crenças, costumes, valores, conhecimentos e práticas que guiam suas ações (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Ao entender o contexto domiciliar em que as puérperas primíparas e suas famílias estão inseridas, pode haver melhor conhecimento das suas vivências e experiências e, além disso, o domicílio pode ser um local privilegiado para estudar como esses fenômenos ocorrem.

Entretanto, de acordo com Stefanello, Nakano e Gomes (2008), durante o período pós-parto, a prioridade nos serviços de saúde geralmente é dada ao bebê em detrimento da mãe. Para Krüger e Zagonel (2002), mesmo que o puerpério seja um período de manifestações físicas e emocionais na vida da mulher, o cuidado da sua saúde é negligenciado, pois a atenção é focalizada no bebê. Para complementar, Stefanello (2005) descreve que a maior parte dos cuidados

dispensados pelas puérperas e seus familiares durante o puerpério visam a atingir, mesmo que indiretamente, a criança.

Diante de tais fatos, faz-se necessário refletir que a puérpera primípara “tem que ser amparada e cuidada, para que a mesma construa pilares de sustentação a partir de suas próprias vivências para, então, se adaptar ao novo papel, o papel materno” (ALVES *et al.*, 2007, p. 425). Para essas autoras este amparo e apoio podem ser realizados pelo enfermeiro.

Sendo assim, a Enfermagem pode se inserir no contexto de vivência da puérpera e buscar desenvolver conhecimentos, competências, habilidades e ferramentas para entendê-la integralmente, contemplando suas necessidades biológicas, mentais e sociais, as quais exercem influência sobre seu processo saúde-doença (SOUZA *et al.*, 2008).

Além disso, é importante que a Enfermagem valorize, em sua prática, as crenças, valores e costumes das puérperas, para que ocorra um compartilhamento de saberes, capaz de favorecer a compreensão crítica da realidade e a efetiva promoção da saúde ao binômio mãe-filho (NAKANO *et al.*, 2003). Para Stefanello, Nakano e Gomes (2008), considerar o contexto social e as vivências da puérpera faz com que o cuidado oferecido pelos profissionais desta área se torne concreto, pois só assim se consegue encontrar uma aproximação entre o saber científico do profissional e o saber popular da puérpera.

Embora alguns pesquisadores se preocupem com as consequências do puerpério, a maioria percebe esse período numa perspectiva externa, diferente de quem vivencia esta fase. Assim, faz-se necessário e importante conhecer com mais profundidade como se dá a experiência da mulher durante o pós-parto (MERIGHI; GONÇALVES; RODRIGUES, 2006).

Ademais, verificou-se que nas últimas três décadas a maioria dos estudos relacionados à saúde da puérpera era referente ao aleitamento materno, ao cuidado com a criança e às questões educativas, características e importância do Alojamento Conjunto (AC). Contudo, constatou-se que, no início da década atual, alguns pesquisadores “vêm demonstrando preocupação com os aspectos referentes às questões objetivas e subjetivas que envolvem a vivência da mulher nesse período” (ALMEIDA; SILVA, 2008, p. 348).

Deste modo, por entender a maternidade como um momento de intensas transformações na vida da mulher, com o surgimento de novas responsabilidades e

diferentes desafios, especialmente na vida da puérpera primípara, devido ao fato de lidar pela primeira vez com novas emoções e cuidados e, como o cuidado é desenvolvido principalmente em âmbito domiciliar, desenvolveu-se esta pesquisa, que teve como objeto o cuidado vivenciado pela puérpera primípara em seu contexto domiciliar.

Considera-se como cuidado, nessa pesquisa, aquele realizado pela puérpera primípara consigo, com o bebê, com outras pessoas, com o próprio contexto domiciliar, além daqueles recebidos pelos familiares, englobando, portanto, a multiplicidade de cuidados que ela vivencia.

Assim, conforme o exposto, esta pesquisa teve a seguinte questão norteadora: “Como a puérpera primípara vivencia o cuidado no contexto domiciliar?”. Para tanto, os objetivos foram: interpretar como a puérpera primípara vivencia o cuidado no contexto domiciliar e construir um modelo teórico que explicita como a puérpera primípara vivencia o cuidado no contexto domiciliar.

A escolha em desenvolver uma pesquisa com este tema ocorreu a fim de unir duas áreas de meu interesse pessoal: o cuidado domiciliar e a saúde da mulher. Minha aproximação com o cuidado domiciliar iniciou-se durante a graduação em Enfermagem, por meio da participação em projetos de Iniciação Científica, apresentação de trabalhos em eventos científicos e elaboração/publicação de artigos e relatórios de pesquisa relacionados ao assunto. Além disso, no decorrer do primeiro ano do mestrado, acompanhei acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná em estágio de cuidado domiciliar.

A afinidade com a temática saúde da mulher surgiu principalmente durante uma disciplina cursada no sétimo período da graduação em Enfermagem, na qual realizei estágio em uma maternidade. Outrossim, no primeiro ano do mestrado, a fim de adquirir conhecimentos e habilidades e de me familiarizar mais nesta área, fiz uma aproximação com puérperas em uma maternidade e em seus próprios domicílios, por meio da realização de cuidados de Enfermagem ou apenas de observação.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Nesta revisão de literatura, foram abordados três assuntos principais. O primeiro tema teve como foco o cuidado, seus significados, características e formas de concretização. Posteriormente, no mesmo capítulo, discorreu-se sobre os cuidados realizados no pós-parto, tanto à puérpera quanto ao bebê, no qual se destacou o papel e a importância da família. Também foram descritos alguns cuidados desenvolvidos pela equipe de Enfermagem nesse período e apresentados diferentes contextos de atuação destes profissionais, como o AC e a Unidade de Saúde (US).

Na sequência, abordou-se o tema relacionado à puérpera primípara, com alterações anatômicas, fisiológicas e psicoemocionais vivenciadas por esta mulher, e ainda se focalizaram suas características e as peculiaridades que ela enfrenta nessa nova fase da vida.

Finalizou-se esta revisão com o tópico “Cuidado domiciliar”, no qual se discorreu principalmente sobre o contexto domiciliar, possível cenário de atuação da equipe de Enfermagem no cuidado à puérpera primípara, e ressaltou-se a importância da atuação desses profissionais neste espaço de cuidado.

### 2.1 O CUIDADO

Em latim, cuidado significa *cura* e *cura* é um dos sinônimos eruditos de cuidado, sendo escrita em latim *coera* e usada em um contexto de relações humanas de amor e de amizade. A palavra *cura* expressava a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação pela pessoa amada ou pelo objeto. Cuidado também deriva de *cogitare-cogitatus*, cujo sentido envolve cogitar e pensar no outro, colocar a atenção nele e mostrar interesse por ele (BOFF, 2005).

Assim, de acordo com Boff (1999, p. 91), cuidado significa “desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato” e “a atitude de cuidado pode provocar preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade”, uma vez que a pessoa que cuida se sente envolvida afetivamente com o outro.

Com isso, percebe-se que o cuidado transmite a ideia de fazer alguma coisa, de realizar uma ação por meio da atenção, simpatia e preocupação com algo ou alguém, e também há a ideia de amor, carinho e dedicação (NASCIMENTO *et al.*, 2006).

Entretanto, por ser um conceito amplo, o cuidado pode ter diversos significados: “ora quer dizer solidarizar-se, evocando relacionamentos compartilhados entre cidadãos em comunidades, ora, dependendo das circunstâncias e da doutrina adotada, transmite uma noção de obrigação, dever e compromisso social” (SOUZA *et al.*, 2005, p.267).

Desta forma, “cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (BOFF, 1999, p. 33). Para Nascimento *et al.* (2006), a atitude de cuidar envolve atos que denotam preocupação com as pessoas, zelo pelas relações de amizade, interesse pelo bem-estar dos outros e desvelo para tornar o ambiente agradável. No mesmo sentido, os autores Becerril *et al.* (2010\*) descrevem que o termo cuidar tem três principais sentidos: atenção ou interação, responsabilidade ou atendimento de necessidades e consideração ou afeto.

Além disso, o cuidado é um conceito que tem suas origens desde o início dos tempos, antes do surgimento das profissões, quando o homem cuidava do território, das mulheres, das crianças, dos idosos e dos pertences, procurava manter a ordem social do grupo e garantir os suprimentos por meio da caça, além de curar ferimentos. Já a mulher era responsável pelo cuidado para manter a vida humana, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção de problemas e cura (NASCIMENTO *et al.*, 2006; BECERRIL *et al.*, 2010\*), o que revela ampla responsabilidade com a vida das pessoas.

Com isso, Becerril *et al.* (2010\*) destacam que o cuidado com a vida, na história, está ligado principalmente à figura da mulher, responsável por manter a saúde da família. Collière (1999) complementa ao afirmar que, por muitos anos, a mulher era quem desenvolvia práticas de cuidados com o intuito de garantir a sobrevivência das pessoas, uma vez que era ela quem dava à luz e deveria então tomar conta de tudo o que mantivesse a vida cotidiana.

---

\*Cada vez que o conteúdo descrito se referir a uma obra em língua estrangeira, aparecerá este símbolo (\*) logo após o ano do trabalho, revelando que o texto foi traduzido para o português em tradução livre.

Dessa forma, percebe-se que o princípio de cuidar pode ser compreendido como aquelas ações de sobrevivência comuns a todas as espécies do reino animal. Entre os seres humanos, o cuidado também está focalizado na satisfação de necessidades de sobrevivência, como comer, beber, respirar, eliminar, descansar, proteger, entre outras (SOUZA *et al.*, 2005; BECERRIL *et al.*, 2010\*). Contudo, o cuidado entre os seres humanos se diferencia, pois “além do instinto de preservação e sobrevivência está ligado também a racionalidade e sensibilidade” (NASCIMENTO *et al.*, 2006, p. 387).

No mesmo sentido, Collière (1999) descreve que cuidar é manter a vida e garantir a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis, como práticas alimentares, sexuais, de vestuário, de *habitat*; cuidar ainda representa um conjunto de atos que têm o objetivo de permitir às pessoas se reproduzir e perpetuar a vida do grupo a que pertencem. Para a autora, garantir essa sobrevivência era, e continua a ser, uma questão cotidiana.

Contudo, as práticas primitivas de cuidado com a vida, com a preservação da saúde e a cura das doenças, se transformaram com o passar do tempo, em função dos novos descobrimentos em ciência e tecnologia, das mudanças sociais, políticas, culturais e econômicas, da globalização e internacionalização da oferta de bens e serviços e da chamada revolução científica ou era do conhecimento (COLLIÈRE, 1999; BECERRIL *et al.*, 2010\*).

Ademais, para Nascimento *et al.* (2006, p. 388), o processo de cuidado do ser humano ocorre pelo cuidado popular e pelo profissional e “com o advento da racionalidade e a penetração cada vez maior do estilo científico na esfera social, o cuidado passa para o plano da profissão no que se refere a saúde dos indivíduos e é acomodado pelos profissionais”.

Entretanto, o cuidado se encontra na raiz primeira do ser humano, pois está presente em tudo, é um modo de ser essencial, pois sem o cuidado ele deixa de ser humano e se uma pessoa não receber cuidado desde o nascimento até a morte, acaba por se desestruturar, definhando e morrer (BOFF, 1999). Esse modo de ser é a forma como a pessoa se estrutura, se realiza e se relaciona com os outros e com todas as coisas do mundo (BOFF, 2005).

Assim, a principal característica do ser humano é colocar cuidado em tudo o que projeta e faz, uma vez que não temos cuidado, somos cuidado (BOFF, 1999),

pois o cuidado entra na constituição do ser humano (BOFF, 2005). “O cuidado constitui uma presença ininterrupta, em cada momento e sempre, na existência humana. Cuidado é aquela energia que continuamente faz surgir o ser humano” (BOFF, 2005, p. 34).

Isso porque o cuidado com a vida se inicia desde a etapa intrauterina, continua durante todo o processo de desenvolvimento biológico das pessoas e conclui com a morte (BECERRIL *et al.*, 2010\*).

Desde que surge a vida que existem cuidados, porque é preciso ‘tomar conta’ da vida para que ela possa permanecer. Os homens, como todos os seres vivos, sempre precisam de cuidados, porque cuidar, tomar conta, é um acto de vida que tem primeiro, e antes de tudo, como fim, permitir à vida continuar, desenvolver-se, e assim lutar contra a morte [...] (COLLIÈRE, 1999, p. 27).

Para complementar, Boff (1999, p. 11) afirma que “a essência humana não se encontra tanto na inteligência, na liberdade ou na criatividade, mas basicamente no cuidado. O cuidado é, na verdade, o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência”. Dessa forma, “no cuidado identificamos os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um bem-viver e das ações um reto agir” (BOFF, 1999, p. 12). Assim, “cuidar é, e será sempre, indispensável, não apenas à vida dos indivíduos mas à perenidade de todo grupo social” (COLLIÈRE, 1999, p. 15).

Segundo Becerril *et al.* (2010\*), o ato de cuidar é próprio da natureza humana e é uma forma de expressão, de relação com o outro, de viver plenamente. O cuidado, como já descrito, é essencial, uma vez que “permite conservar a vida, a saúde e as condições de bem-estar social dos seres humanos” (BECERRIL *et al.*, 2010\*, p. 76). Além disso, para os autores, cuidar engloba ações e comportamentos baseados em conhecimentos, valores, habilidades e atitudes, a fim de estimular as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar sua condição humana.

Ao considerar o cuidado essencial, tem-se a compreensão de que as pessoas sempre têm necessidade de se cuidar e de serem cuidadas, portanto, o cuidar é considerado um ato de vida. Cada pessoa cuida de si mesma e cuida de quem depende dela, como crianças, idosos, enfermos e incapacitados (BECERRIL *et al.*, 2010\*).

Além disso, para Boff (1999), cuidar pode envolver: atitudes materiais, quando, por exemplo, cuida-se do estado físico de uma casa, de um terreno ou de



um jardim; atitudes pessoais, quando se preocupa com o bem-estar das pessoas que moram numa casa; atitudes sociais, quando se procura manter boas relações com os vizinhos e hóspedes; atitudes ecológicas, quando se cuida dos animais de estimação; e atitudes espirituais, quando se preocupa em manter uma boa aura dentro do ambiente domiciliar.

De acordo com o mesmo autor, o cuidado pode se concretizar em diferentes instâncias: cuidado com o nosso planeta; com o próprio nicho ecológico; com a sociedade sustentável; com o outro; com os pobres, oprimidos e excluídos; com nosso corpo na saúde e na doença; com a cura integral do ser humano; com a nossa alma, os anjos e demônios interiores; com o nosso espírito; e com a grande travessia, a morte. Algumas destas instâncias são explicadas a seguir, especialmente aquelas que se referem ao ser humano.

O cuidado com nosso corpo na saúde e na doença implica cuidar da vida que o anima, como, por exemplo, da higiene, da alimentação, do ar, das vestimentas, da organização da casa (BOFF, 1999). Nesse sentido, busca-se um bem-estar a fim de melhorar, manter ou recuperar a saúde, evitar complicações e também adaptar-se à enfermidade (BECERRIL *et al.*, 2010\*).

No cuidado com a cura integral do ser humano, ressalta-se a importância de se ter uma visão integral, da totalidade da pessoa, para alcançar o equilíbrio entre corpo, mente e espírito. No cuidado com a nossa alma, os anjos e demônios interiores, há a necessidade também de cuidar da alma por inteiro. “Cuidar dos sentimentos, dos sonhos, dos desejos, das paixões contraditórias, do imaginário, das visões e utopias que guardamos escondidas dentro do coração” (BOFF, 1999, p. 149).

O cuidado com o nosso espírito abrange cuidar dos valores que orientam a vida; colocar acima de tudo os compromissos éticos; contemplar e orar; cuidar da espiritualidade (BOFF, 1999). Com isso, há a preparação para a morte, explicada pelo autor, que salienta a importância de compreendê-la de forma esperançosa, contemplar e desejar o infinito.

Assim, o cuidado, como descrito, faz parte do cotidiano dos seres humanos e, no período pós-parto, percebe-se que são realizados diversos cuidados à puérpera, ao bebê, às outras pessoas e ao próprio domicílio, tanto por familiares quanto por profissionais, assunto abordado no subcapítulo seguinte.

### 2.1.1 O cuidado no período pós-parto e a Enfermagem

A autora Stefanello (2005, p. 107) entende “que o cuidado faz parte do cotidiano feminino como algo natural, e que é na fase puerperal que ele ganha ênfase e assume certas particularidades”.

Ao receber alta hospitalar e retornar ao domicílio, geralmente a puérpera e o bebê recebem ajuda de membros da família para a adaptação à nova fase, como também para a realização dos cuidados, sejam eles referentes ao bebê, à própria puérpera, ao domicílio ou a outras pessoas da família.

Para que a adaptação à maternidade aconteça, a puérpera precisa assumir comportamentos e habilidades para enfrentar as mudanças e o desequilíbrio desta nova etapa, visto que as demandas de cuidado com o bebê são grandes e, além disso, existem os afazeres domésticos e demais ações que precisam ser revistas e reajustadas (ALVES *et al.*, 2007).

Convém destacar que, em relação à adaptação materna diante do novo papel, Edwards (2002) cita a existência de três fases. A primeira, chamada de dependente, é a fase de adaptação e dura em média até o segundo dia pós-parto, em que a puérpera tem o foco em si mesma. A segunda, conhecida como fase dependente-independente, dura de dez dias a várias semanas, e é caracterizada pelo foco no cuidado com o bebê. A última fase, denominada de independente, concretiza-se com a resolução dos papéis individuais dentro da família e a retomada da atividade sexual do casal.

Além desta adaptação, nos primeiros dias após o parto, a puérpera vivencia um período de transição e pode ficar vulnerável a qualquer tipo de problema, além de se sentir ansiosa por assumir novas responsabilidades com o bebê (MENDES; COELHO; CALVO, 2006). A experiência de cuidar de um filho pode proporcionar à mulher nova dimensão de vida e contribuir para o seu crescimento emocional e pessoal, mas também pode causar desorganização interna, ruptura de vínculos e de papéis, e, como consequência, resultar em quadros de depressão puerperal (MERIGHI; GONÇALVES; RODRIGUES, 2006).

Assim, contar com uma rede de cuidadores, que fazem parte da sua família ou dos serviços de saúde, pode auxiliá-la a enfrentar esta condição da melhor forma

possível, de maneira que a família ocupa grande espaço como apoio (BARBOSA *et al.*, 2005; MENDES; COELHO; CALVO, 2006). Durante o puerpério, a mulher obtém apoio principalmente de pessoas do sexo feminino, com destaque para a mãe, sogra, cunhada e irmã (MENDES; COELHO; CALVO, 2006; ALVES *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2009).

A maioria das puérperas recebe ajuda dessas pessoas nas atividades relacionadas aos afazeres da casa e aos cuidados com o bebê, apoio psicológico e afetivo, suporte financeiro e orientações sobre a amamentação, de forma que a ajuda familiar no puerpério é um aspecto fundamental para o esclarecimento de dúvidas e para que as puérperas se sintam mais seguras (ZAGONEL *et al.*, 2003; BARBOSA *et al.*, 2005; ALVES *et al.*, 2007; BERGAMASCHI; PRAÇA, 2008; SILVA *et al.*, 2009).

No que diz respeito ao cuidado com o bebê, este envolve muitas tarefas, que são realizadas de acordo com a personalidade e experiência de cada mãe, e a puérpera pode priorizar tudo o que se relaciona ao seu filho em detrimento dos cuidados consigo (ZAGONEL *et al.*, 2003; SILVA *et al.*, 2009).

Os cuidados referentes ao bebê durante o puerpério envolvem, de forma geral, algumas tarefas, tais como: dar banho; realizar a higiene do coto umbilical; amamentar; prevenir assaduras; conhecer a linguagem do choro, que pode expressar fome, sede, frio, calor, fraldas úmidas ou somente a necessidade de segurança; trocar a fralda, entre outros (ROCHA; BEZERRA; CAMPOS, 2005).

Por acreditar que o bebê é um ser frágil e suscetível a doenças, a puérpera, de acordo com crenças populares, deve obedecer a alguns cuidados para não expô-lo a riscos, como, por exemplo, evitar o contato com pessoas que não são familiares ou com ambientes diferentes (STEFANELLO, 2005). Deste modo, algumas famílias realizam bênçãos e benzeduras, que têm por objetivo proteger o bebê contra algum malefício, e prevenir ou curar “mau-olhado” (MENDES; COELHO; CALVO, 2006, p. 185). Essas práticas revelam como a questão cultural na realização de cuidados é marcante no período pós-parto.

A puérpera, mesmo ao priorizar os cuidados com o bebê, cuida de si quando se preocupa com sua alimentação e higiene corporal; tem cautela com relação à exposição ao frio; evita esforços físicos e relações sexuais durante este período; cuida da ferida operatória ou episiorrafia; procura manter-se tranquila, entre outros cuidados (COSTA, 2001; MENDES; COELHO; CALVO, 2006).

Neste sentido, destaca-se o cuidado de si da puérpera. Costa (2001, p. 117) verificou que estas mulheres “possuem um conjunto de conhecimentos e práticas que aplicam às suas próprias necessidades, no cuidado de si no período pós-parto. Avaliam situações de saúde-doença, identificam os riscos presentes e utilizam diferentes recursos em saúde”. A mesma autora afirma que muitas puérperas não sabem o significado das práticas realizadas para cuidar de si, mas o fazem porque já fizeram outras vezes ou porque foram orientadas por familiares, considerados por elas pessoas mais experientes.

No que concerne à alimentação, os alimentos ingeridos durante o puerpério, de acordo com as práticas populares, devem ser leves, não muito fortes e nem muito temperados. Esta modificação na alimentação ocorre devido à crença de que alguns alimentos, como os ácidos, os muito temperados e os refrigerantes, podem provocar desconforto abdominal no bebê, inflamar os pontos da cesárea ou episiorrafia e ainda causar flatos na mãe (STEFANELLO, 2005; STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008).

Alguns exemplos de alimentos que devem ser evitados, segundo a crença das puérperas, englobam: alimentos quentes, como chocolate e pimenta; alimentos reimosos, como carne de porco; alimentos ácidos, azedos e gordurosos; alguns tipos de hortaliças, como couve, chuchu, pimentão; além de fígado, doces, bebida alcoólica, café, refrigerante, leite de vaca, dentre outros (MARQUES *et al.*, 2011).

Outra crença descrita por Stefanello (2005) refere-se ao fato de que, por amamentar, a puérpera deve se alimentar bem, com uma dieta rica em vitaminas, que serão fornecidas ao filho por meio do leite materno. Além disso, considera-se, popularmente, que uma boa alimentação está relacionada com uma boa produção láctea. Acredita-se também que é importante evitar os alimentos frios, visto que eles podem causar uma inversão no fluxo sanguíneo, que poderá subir para a cabeça e causar loucura e dores de cabeça na puérpera (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008).

Exemplos de alimentos que podem aumentar a produção de leite incluem: sopa, canjica, arroz doce, leite, alimentos doces, líquidos - principalmente suco e água -, dentre outros (MARQUES *et al.*, 2011).

No que se refere à higiene, algumas puérperas têm a crença de que é tabu lavar a cabeça enquanto estiver eliminando lóquios, para não reverter o

sangramento vaginal para a cabeça, que também pode causar loucura e cefaleia (LUZ; BERNI; SELLI, 2007).

Assim, alguns cuidados seguem os princípios de “frio” e “calor” e são realizados para evitar as dores de cabeça e a loucura, tais como: não se expor a correntes de ar frio, não lavar a cabeça, não andar de pés descalços, não se expor ao sol e não ficar no sereno (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008, p. 279). Assim, para evitar complicações durante o puerpério, as mulheres procuram não ter contato com alguns fenômenos naturais, como sereno, chuva e o próprio sol (SILVA; ROLDÁN, 2009\*).

Outrossim, acredita-se que a puérpera necessita repousar e restabelecer-se e, para que isso ocorra, ela deve evitar esforços físicos, como levantar peso, abaixar-se, subir em cadeiras ou escadas. Alguns ainda creem que a puérpera deve esperar quarenta dias para voltar às atividades habituais (NAKANO *et al.*, 2003). Um dos motivos para não realizarem trabalhos pesados abrange evitar hemorragias e abertura dos pontos da cesárea (SILVA; ROLDÁN, 2009\*). Outro cuidado citado pelas puérperas, em estudo realizado pelas mesmas autoras, refere-se a evitar relações sexuais durante o resguardo.

Com isso, percebe-se que o período puerperal é embasado em crenças e tabus aceitos social e culturalmente como facilitadores para uma boa recuperação da puérpera, e é no corpo materno que se exercem as proibições e as recomendações que podem repercutir sobre a saúde do bebê, portanto, o cuidado à puérpera é pensado com objetivos benéficos ou maléficos sobre a criança (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008).

Nesse sentido, para Silva e Roldán (2009\*), algumas práticas de cuidado no puerpério são orientadas por um conjunto de ritos e tradições, com o intuito de contribuir na recuperação e adaptação satisfatória da mãe às novas exigências deste período.

Ademais, tem-se a crença de que, no puerpério, o corpo da puérpera está vulnerável e “aberto” a doenças, assim, todas as enfermidades que se adquirem durante o pós-parto precisam ser curadas antes de seu término, pois, caso contrário, a puérpera permanecerá para o resto da vida com tal doença (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008, p. 277).

Deste modo, o quadragésimo dia tem um significado especial, no qual são realizadas diferentes práticas de cuidado pela puérpera, como: banhar-se com água

fervida e ervas; permanecer em casa; tomar, no café da manhã, chocolate quente e noz moscada; agasalhar-se bem para dormir e permitir que seja espalhada fumaça de incenso pela casa. Todas estas práticas são feitas com o intuito de retirar o frio do corpo e assim manter o equilíbrio entre o frio e o calor em seu organismo (TRUISSI *et al.*, 2004).

Além da família, os profissionais de saúde também podem atuar junto à puérpera, contudo, de acordo com Mendes, Coelho e Calvo (2006), o puerpério é o período, entre os eventos relacionados ao processo de nascimento, de menor enfoque na prática assistencial, sendo a fase em que a mulher recebe menos atenção pela equipe de saúde.

Desta maneira, é importante que os profissionais de saúde deem mais atenção à puérpera, aproveitem o período de tempo que ela permanece na maternidade e desenvolvam ações referentes à prevenção, avaliação e tratamento da dor; realizem o exame físico diário, a fim de avaliar as alterações fisiológicas no corpo da puérpera e identificar e debelar precocemente as complicações comuns deste período, como infecção e hemorragias, além de desenvolver cuidados que objetivem prepará-la para cuidar de si e do RN (ALMEIDA; SILVA, 2008).

Outrossim, destaca-se que nos primeiros dias é fundamental que a puérpera “receba atenção, carinho e cuidados especiais que representem um suporte no restabelecimento do equilíbrio psicoemocional e auxiliem na superação das dificuldades. Esses cuidados podem minimizar ou evitar que a depressão se instale” (BARROS; MARIN; ABRÃO, 2002, p. 252).

No que concerne aos cuidados realizados por profissionais em instituições de saúde durante o puerpério, de acordo com a literatura as principais práticas são referentes à amamentação, com ênfase no aleitamento materno exclusivo; à orientação para evitar o uso de chupetas e mamadeiras; às recomendações relacionadas à alimentação da puérpera; à orientação sobre relação sexual durante o pós-parto e métodos anticoncepcionais; e às orientações relativas à higiene corporal da puérpera, ao banho de imersão do RN e ao apoio psicossocial (MENDES; COELHO; CALVO, 2006).

Conforme descrito anteriormente, é importante que a puérpera receba ajuda, tanto dos membros de sua família como dos profissionais dos serviços de saúde, para enfrentar esta nova etapa em sua vida, de modo que a Enfermagem pode se

destacar neste contexto por ser a profissão que tem maior contato com as pessoas cuidadas.

O cuidado à mulher no pós-parto, tanto em unidade de internação, no AC ou em unidades da rede básica, “representa um nó crítico que requer discussão e ações efetivas para alcançar a humanização dos cuidados como um passo para a integralidade no atendimento à puérpera, com menos iniquidade” (ALMEIDA; SILVA, 2008, p. 353).

Para Stefanello (2005, p. 33), “compreender como se processa o cuidado no pós-parto e seus significados no contexto familiar e integrá-los aos cuidados assistenciais é fundamental para a prática da enfermagem”.

Neste sentido, para que esta profissão desenvolva cuidados individualizados e humanizados, ela necessita estar focalizada na totalidade da puérpera e do bebê a partir de suas necessidades biofisiológicas, psicossociais (ROGRIGUES *et al.*, 2006) e culturais, para que os profissionais de Enfermagem possam ajudá-la a escolher mecanismos adaptativos e defensivos para superar as alterações advindas dessa fase (MERIGHI; GONÇALVES; RODRIGUES, 2006).

Na atenção à saúde durante o puerpério, algumas questões que podem ser trabalhadas pela Enfermagem englobam: a reorganização psíquica, familiar e social das puérperas; as vivências e experiências das mulheres e de suas famílias referentes à maternidade; o cuidado de si, do bebê e da própria família; e os aspectos socioeconômicos, culturais, espirituais e a rede de apoio familiar e comunitária que envolve o cenário dessas puérperas (SOUZA *et al.*, 2008).

Em relação à avaliação psicossocial, a Enfermagem pode observar o comportamento da puérpera, seu estado emocional e os aspectos referentes à família, à interação com o bebê (amamentação, intensidade do contato visual, comunicação verbal), ao apego ao filho e ao processo de amamentação, além de estimular a mulher a expressar seus sentimentos em torno da experiência de ser mãe, para então planejar os cuidados necessários (BRANDEN, 2000; BARROS; MARIN; ABRÃO, 2002).

Destaca-se que a maioria das puérperas, ao tornar-se mãe, “expressa satisfação e sentimentos positivos; contudo, algumas têm sentimentos ambivalentes, que podem indicar conflitos que poderiam comprometer a adaptação no período pós-parto” (BRANDEN, 2000, p. 483).

Desta maneira, tornam-se essenciais os cuidados de Enfermagem que tenham como foco a prevenção de complicações, o conforto físico e emocional e ações educativas que auxiliem a puérpera a cuidar de si e do(a) filho(a), por meio do uso da escuta sensível e da valorização das especificidades das demandas femininas (ALMEIDA; SILVA, 2008). Em relação aos cuidados pessoais, a Enfermagem pode oferecer orientações sobre necessidades de sono e de repouso, exercícios, nutrição, cuidado com as mamas e retorno à atividade sexual, por exemplo (BRANDEN, 2000).

Assim, o papel de educador em saúde do enfermeiro, especialmente durante o pós-parto, deve se potencializar, visto que neste momento há uma maior necessidade de aproximação, de diálogo e de suporte com as puérperas, em razão das dificuldades com as quais elas podem se deparar (ROGRIGUES *et al.*, 2006), principalmente quando retornam ao domicílio. É importante que a equipe de Enfermagem valorize as orientações para promoção da saúde da mãe e se mobilize para a prevenção de dificuldades e complicações (BULHOSA; SANTOS; LUNARDI, 2005).

Para Santos e Penna (2009), a educação em saúde é um dos principais elementos para a promoção da saúde e é uma forma de cuidar que leva os indivíduos a ter consciência crítica e reflexiva, o que possibilita a produção de conhecimentos para que as pessoas possam cuidar melhor de si e de seus familiares.

As autoras descrevem ainda que os profissionais de saúde são educadores por excelência, mas que este trabalho educativo não é tarefa simples, uma vez que não se limita à transmissão de informações, mas sim a uma prática compartilhada e de troca de saberes, capaz de aumentar a capacidade das pessoas de fazerem escolhas conscientes em relação à sua própria saúde.

Rodrigues *et al.* (2007) afirmam que a orientação é um elemento indispensável ao cuidado de Enfermagem à puérpera, especialmente às primíparas, por isso precisa ser mais bem trabalhada durante o ciclo gravídico-puerperal pelos enfermeiros.

Entretanto, para que as orientações realizadas pela equipe de Enfermagem sejam efetivas, é fundamental que o profissional busque compreender a vivência das puérperas, pois a partir dessa percepção é possível traçar estratégias de cuidado que propiciem melhor adaptação ao papel materno (ALVES *et al.*, 2007). Além disso,



é necessária a criação de um vínculo de suporte confiável para que as puérperas possam expor aos trabalhadores de Enfermagem seus temores, dúvidas, angústias, dificuldades e expectativas diante desse acontecimento nunca antes vivenciado (ALVES *et al.*, 2007).

Desta maneira, a puérpera primípara “espera da enfermagem atenção, paciência, um cuidado especial, uma palavra diferente, estar junto, dar apoio e orientação nessa fase de adaptação ao papel materno, pois ela considera uma experiência única na sua vida” (ALVES *et al.*, 2007, p. 424).

Esta aproximação entre o profissional de saúde e a puérpera proporciona ao primeiro conhecer o universo cultural da mulher e de sua família, compartilhar crenças e tabus, e permite, assim, que os cuidados sejam focalizados em suas reais necessidades de saúde (MENDES; COELHO; CALVO, 2006).

Com relação aos cuidados populares, o profissional de saúde pode fazer ponderações e até incorporar em seu plano de cuidados determinadas práticas que sejam benéficas ou aquelas consideradas neutras, que não trazem riscos, mas que propiciam efeitos psicológicos e sociais positivos para a puérpera e sua família (MENDES; COELHO; CALVO, 2006).

Em síntese, de acordo com Stefanello (2005, p. 109), “a assistência no período puerperal não pode deixar de contemplar as mulheres em sua história, seu meio afetivo, social e econômico, considerar suas próprias experiências de vida e incorporar a família como parte integradora desse processo”.

Outrossim, as ações da equipe de Enfermagem junto à puérpera e à sua família podem ser desenvolvidas em diferentes contextos, como o AC, a US e o próprio domicílio, e devem ter como principal objetivo instrumentalizar a puérpera a cuidar de si e de seu filho.

O AC surgiu a partir da constatação de que era importante a permanência do bebê junto à mãe, de modo que seus principais objetivos são: aumentar os índices de aleitamento materno; estabelecer vínculo afetivo entre mãe e filho; permitir o aprendizado materno sobre cuidados com o RN; estimular a participação do pai nos cuidados com o bebê; favorecer a troca de experiências entre as mães; entre outros (PILOTTO, 2009). Assim, o AC constitui um espaço privilegiado de cuidado às puérperas e aos seus bebês, onde os profissionais de Enfermagem precisam estar atentos às necessidades deste binômio (BULHOSA; SANTOS; LUNARDI, 2005).

Na US, tanto naquela com Estratégia Saúde da Família (ESF) quanto na que não possui, o enfermeiro pode ter a oportunidade de realizar a consulta puerperal, momento em que se deve desvincular a saúde da mãe da saúde do bebê, e que, assim, se configura num importante momento da saúde da mulher (SOUZA *et al.*, 2008).

As consultas de Enfermagem no período pós-parto representam uma alternativa de apoio para sanar as possíveis dúvidas frente aos cuidados com o bebê, com o seu corpo no pós-parto, com o aleitamento materno e com o planejamento familiar e ainda capazes de auxiliar nas dificuldades que possam ser apresentadas pela puérpera (RAVELLI, 2008; SILVA *et al.*, 2009).

E no domicílio, os profissionais de Enfermagem podem desenvolver o cuidado por meio da ESF, antes denominada de Programa Saúde da Família, que tem como objetivo reorganizar a Atenção Básica no Brasil, conforme os preceitos do Sistema Único de Saúde.

Essa estratégia, segundo o MS (BRASIL, 2007) deve: ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional; atuar no território por meio de cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional e atividades dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade; desenvolver ações com base no diagnóstico; ter como foco a família e a comunidade; e ser um espaço para a construção de cidadania.

A ESF é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS), compostas por no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de Enfermagem e agentes comunitários de saúde. Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Tais profissionais devem desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e manutenção da saúde de sua comunidade (BRASIL, 2007; 2011).

Essas ações citadas anteriormente podem ser realizadas no domicílio das famílias por meio do cuidado domiciliar (CD), que de acordo com Giacomozzi e Lacerda (2006), possibilita a inserção dos profissionais de saúde em uma comunidade e o conhecimento da sua realidade, bem como a construção de vínculo com seus moradores. Com isso, busca-se “atender as diferentes necessidades de saúde das pessoas, preocupando-se com a infra-estrutura existente nas

comunidades e o atendimento à saúde das famílias” (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006, p. 646). Ressalta-se que o CD é abordado mais especificamente em um próximo capítulo.

Desta forma, percebe-se que a implementação da ESF pode ser uma maneira de o profissional se aproximar mais das pessoas, de suas famílias e de seu contexto de vivência, a fim de entender melhor sua dinâmica, as relações existentes entre seus membros, o papel que cada um exerce e suas características peculiares. Nesse sentido, destaca-se a figura da puérpera primípara, assunto mais bem aprofundado na sequência.

## 2.2 A PUÉRPERA PRIMÍPARA

O período pós-parto ou puerpério é o intervalo entre o nascimento do bebê e o retorno dos órgãos reprodutores da puérpera ao estado não-gravídico normal (STETSON, 2002). Didaticamente, pode ser dividido em três períodos, sendo eles o imediato (1º ao 10º dia), o tardio (11º ao 42º dia) e o remoto (43º dia em diante), nos quais ocorrem transformações fisiológicas, psicológicas e emocionais na puérpera (BRASIL, 2001).

No que concerne às mudanças fisiológicas e anatômicas no organismo da puérpera, destacam-se algumas ocorridas nas primeiras horas após o parto, momento em que a puérpera pode apresentar aumento da temperatura axilar e calafrios, sem necessariamente ter um quadro infeccioso instalado. Neste período, seu padrão respiratório se restabelece e o diafragma passa a exercer funções que haviam sido limitadas devido ao aumento do volume abdominal (BRASIL, 2001), fazendo com que a expansão pulmonar plena retorne ao normal (BRANDEN, 2000).

Na puérpera sem intercorrência clínica ou obstétrica, logo após o parto, a pressão arterial se mantém em níveis de normalidade e o pulso, por volta da primeira semana, deve se estabilizar (BARROS; MARIN; ABRÃO, 2002). Para Stetson (2002), a frequência e o débito cardíaco permanecem elevados por alguns dias, mas poucas alterações nos sinais vitais são percebidas em circunstâncias normais.

No que se refere ao sistema tegumentar, as alterações associadas à gravidez regredem parcial ou totalmente, à medida que os níveis hormonais diminuem e a pele não fica mais estirada (BRANDEN, 2000). O cloasma da gestação geralmente desaparece após o parto, a hiperpigmentação das aréolas e da linha *nigra*, por vezes, não regride após o parto, e as estrias nas mamas, no abdômen, nos quadris e nas coxas, quando presentes, esmaecem, mas em geral não desaparecem (STETSON, 2002). Pele ressecada e queda dos cabelos também podem ocorrer (BRASIL, 2001).

No que diz respeito ao sistema endócrino, no pós-parto há níveis elevados de prolactina, e em puérperas que amamentam esse hormônio pode ser responsável pela supressão da ovulação até aproximadamente a sexta semana pós-parto. Entretanto, a ovulação, de forma geral, ocorre depois de 190 dias pós-parto em puérperas que amamentam e após 27 dias em mulheres que não amamentam (STETSON, 2002).

Outro hormônio presente é a ocitocina, que atua sobre as células mioepiteliais, contraindo-as, com consequente ejeção do leite. Além disso, a liberação de ocitocina, devido à sucção do mamilo pelo bebê, proporciona a contração das fibras musculares uterinas e favorece, assim, a contração do útero durante a amamentação (BRASIL, 2001).

No sistema músculo-esquelético, ocorre a estabilização das articulações de seis a nove semanas pós-parto, mas a mudança na articulação dos pés normalmente não volta ao normal, de modo que a mãe pode notar um aumento permanente no tamanho dos calçados. Isso pode ocorrer por causa dos efeitos da relaxina nas articulações dos pés e também pelo edema descendente que pode persistir em alguns casos (BRANDEN, 2000).

As mamas de mães que amamentam, no início da lactação, tornam-se quentes e firmes. Em mães que não amamentam por diferentes motivos, pode ocorrer ingurgitamento mamário no terceiro ou quarto dia pós-parto, de forma que as mamas ficam distendidas, firmes, sensíveis e quentes. O desconforto diminui em 24 a 36 horas e alguns cuidados podem ser feitos com o intuito de aliviá-lo, como utilizar sutiã ajustado e atadura, e usar analgésicos (STETSON, 2002).

Segundo Stetson (2002), podem ser necessárias aproximadamente seis semanas para o abdômen retornar ao seu estado pré-gravídico e algumas estrias podem persistir. De acordo com Barros, Marin e Abrão (2002), pode-se observar no

abdômen a presença de estrias novas (de aspecto vinhoso) e antigas (de aspecto nacarado), dependendo se a puérpera é primípara ou não.

A evacuação intestinal espontânea pode acontecer somente dois ou três dias após o parto, devido à queda do tono muscular intestinal, falta de alimentos, possível desidratação, efeitos de analgesia e anestesia e por medo da puérpera de que a evacuação cause dor ou lesão na episiorrafia (BRANDEN, 2000; BARROS; MARIN; ABRÃO, 2002; STETSON, 2002).

Para o MS (BRASIL, 2001), a volta das vísceras abdominais à sua situação original e a consequente descompressão do estômago promovem melhor esvaziamento gástrico. Um problema é que os esforços despendidos durante o parto podem agravar as condições de hemorróidas já existentes, e essa condição causa desconforto e impede o bom esvaziamento intestinal.

No sistema urinário, podem ocorrer traumas à uretra e bexiga, o que ocasiona desconforto à micção e até mesmo retenção urinária; há aumento da capacidade vesical e a puérpera pode experimentar, principalmente nos primeiros dias pós-parto, aumento do volume urinário, devido à redistribuição dos líquidos corporais (BRANDEN, 2000; BRASIL, 2001). O retorno ao estado pré-gestacional pode levar até três meses depois do parto (BARROS; MARIN; ABRÃO, 2002).

No útero, durante o puerpério, ocorre a chamada involução uterina, caracterizada por contrações da musculatura uterina lisa após a expulsão da placenta, cujo objetivo é manter o útero contraído para prevenir a perda excessiva de sangue. O fundo uterino desce de 1 a 2 cm a cada 24 horas e no nono dia depois do parto não deve ser mais palpável (STETSON, 2002). Em torno da sexta e oitava semanas, o útero retornou ao seu tamanho pré-gravídico (BRANDEN, 2000; BARROS; MARIN; ABRÃO, 2002).

Para as mesmas autoras, a involução uterina nas lactantes é mais rápida, devido ao reflexo úteromamário, que provoca liberação de ocitocina, com consequente aumento na contratilidade uterina. Esse aumento causa, nas primíparas, sensação de cólica. Contudo, as multíparas têm contrações mais vigorosas e desconfortáveis que as primíparas, provavelmente porque o músculo uterino perdeu um pouco da elasticidade durante cada gravidez, tendo que realizar um trabalho maior para que as contrações sejam eficazes (BRANDEN, 2000).

A secreção uterina no pós-parto, como afirma Stetson (2002), é denominada de lóquio, que muda de cor e diminui de fluxo com o passar dos dias; os lóquios

rubros estão presentes geralmente nos dois primeiros dias e sua coloração é vermelho vivo; os lóquios serosos são rosados ou marrons e aparecem no terceiro e quarto dia; e os lóquios brancos têm coloração amarelo ou branco e estão presentes aproximadamente no décimo dia após o parto.

Os lóquios devem ter odor do fluxo menstrual normal, a quantidade e a duração após a cesárea são menores do que no parto normal, e o fluxo aumenta com a deambulação e a amamentação (BRANDEN, 2000; STETSON, 2002). Quando fétidos, podem significar quadro infeccioso, como endometrite (BRANDEN, 2000; BRASIL, 2001).

Após o primeiro parto vaginal, o orifício cervical externo fica com a aparência de uma fenda recortada na quarta semana. Ainda ocorrem, no puerpério, o afinamento da mucosa vaginal e a ausência de rugas que, juntos com o ressecamento vaginal, podem causar desconforto durante as relações sexuais até o retorno da função ovariana e a retomada da menstruação (BARROS; MARIN; ABRÃO, 2002; STETSON, 2002).

Além das mudanças físicas e anatômicas, o pós-parto é uma fase de adaptação da puérpera com o bebê, com a família e com seu próprio corpo, sendo comum aparecerem sentimentos de ordem psicoemocional (MENDES; COELHO; CALVO, 2006).

No processo vital, as pessoas enfrentam situações que envolvem mudanças, sejam elas de funções, de faixas etárias, de compromissos, as quais as levam a avaliar sua capacidade e a passar por maior introversão, o que pode ocasionar a diminuição do interesse em algumas atividades, ou até mesmo um quadro depressivo. Uma das situações potencialmente geradoras de tais mudanças é o nascimento dos filhos, fato que configura novo desafio e exige nova ordem familiar (MOREIRA; BRAGA; MORSCH, 2003).

Neste sentido, a puérpera pode apresentar três principais transtornos psiquiátricos: pós-parto *blues*, depressão pós-parto e psicoses puerperais, explicados a seguir (MOREIRA; BRAGA; MORSCH, 2003; CAMACHO *et al.*, 2006).

O pós-parto *blues*, também conhecido como *blues* do pós-parto, tristeza materna, *baby blues* ou disforia do pós-parto, pode ocorrer poucos dias após o parto e durar, no máximo, duas semanas. É caracterizado por cansaço, choro fácil, mau-humor, comportamento hostil com familiares ou companheiro, vontade de dormir e

de que alguém se preocupe com o seu bebê (MOREIRA; BRAGA; MORSCH, 2003; CAMACHO *et al.*, 2006).

Por acometer um elevado número de puérperas, acredita-se que seja algo comum e adaptativo, não patológico, e que, por esse motivo, não necessita de intervenção profissional. Acontece, normalmente, porque a mãe precisa dar conta de novas tarefas e de novas relações em virtude de o bebê se encontrar fora de seu corpo (MOREIRA; BRAGA; MORSCH, 2003).

A depressão pós-parto pode surgir até o final do primeiro mês após o parto ou um pouco mais. Apresenta incidência em torno de 15% e é caracterizada por falta de ânimo, humor deprimido, choro fácil, labilidade afetiva, perda de interesse pelas atividades habituais, sentimentos de culpa, e irritabilidade e incapacidade de cuidar do bebê de forma prazerosa e lúdica. É uma situação que requer atenção e cuidados especiais, tanto por parte da família como de profissionais capacitados. Na maior parte dos casos, os sinais de depressão pós-parto desaparecem espontaneamente em seis meses (MOREIRA; BRAGA; MORSCH, 2003; CAMACHO *et al.*, 2006).

Para os autores Enkin *et al.* (2005), a depressão pós-parto tem ocorrência estimada de 7% a 30% nas puérperas de países desenvolvidos e surge principalmente pela ausência de suporte social e psicológico durante os primeiros dias e semanas após o parto. Os autores afirmam que é importante que o profissional esteja mais bem preparado para ouvir as puérperas, para identificar suas circunstâncias sociais e para fornecer informações que poderão levar a expectativas mais realistas sobre a experiência da maternidade.

As psicoses puerperais são raras, de início abrupto, e acometem 5% das puérperas, que podem apresentar condutas estranhas e diferentes nos cuidados que dispensam a si mesmas, ao seu bebê e nas relações com as demais pessoas, como delírios, alucinações, estado confusional e sintomas depressivos e maníacos (MOREIRA; BRAGA; MORSCH, 2003; CAMACHO *et al.*, 2006).

Nesses casos, há necessidade de acompanhamento por profissionais habilitados em psiquiatria, que possam receitar medicamentos apropriados e também supervisão constante, por 24 horas, aliada a um suporte familiar. Entretanto, não é recomendado que o bebê seja separado da mãe (MOREIRA; BRAGA; MORSCH, 2003; CAMACHO *et al.*, 2006).

Além destas transformações, ser mãe pela primeira vez pode ser motivo de alegria, satisfação e prazer, mas também de ansiedade, incerteza e insegurança, pois a transição ao papel materno desencadeia diferentes sentimentos. “A mulher que antes era filha, esposa, trabalhadora, dona de casa, agora também é mãe, adquiriu um novo papel perante a sociedade na qual está inserida” (ALVES *et al.*, 2007, p. 425).

Outrossim, ser mãe pela primeira vez pode ser “um momento de felicidade, emoção, ansiedade, expectativa, sem explicação, uma coisa única, prazerosa, mágica, indescritível, maravilhosa, angelical, uma benção” (ALVES *et al.*, 2007, p. 420) e, de acordo com Silva *et al.* (2009, p. 51), a experiência da maternidade trouxe às puérperas primíparas de seu estudo “maior sensibilidade, paciência para enfrentar os problemas, ouvir os outros, saber lidar com as mudanças e com a abnegação que a rotina materna acaba por provocar no seu ritmo de vida e em suas próprias vontades”.

Pela primeira vez a puérpera vai sentir, conhecer e conviver com a nova vida, e, à medida que ela vivencia esta experiência, torna-se mais preparada para a realização dos cuidados (ALVES *et al.*, 2007). Contudo, esta nova realidade pode trazer algumas dificuldades, como, por exemplo, em relação à amamentação, insegurança e incômodo frente ao choro do bebê, falta de convívio social e de horas de sono (ZAGONEL *et al.*, 2003; SILVA *et al.*, 2009).

De acordo com Barros, Marin e Abrão (2002, p. 262), as mulheres que experimentam a maternidade pela primeira vez a vivenciam com base em conhecimentos teóricos e experiências adquiridas ao longo da vida; a maternidade “é marcada por novas emoções, mudanças físicas drásticas, alterações nos relacionamentos interpessoal e familiar e por novos ajustamentos”.

Diante disso, a puérpera primípara explicita a necessidade de suporte, justamente por causa das transformações e novas sensações que ocasionam temores, dúvidas, angústias, dificuldades e expectativas frente a este acontecimento nunca antes vivenciado (ALVES *et al.*, 2007). Esse suporte pode ser oferecido pelos profissionais de Enfermagem por meio do CD, discutido a seguir.



## 2.3 O CUIDADO DOMICILIAR

A atenção domiciliar à saúde é uma modalidade de grande amplitude e abrange o cuidado, a internação e a visita domiciliar (LACERDA *et al.*, 2006). O CD, denominado também de atendimento ou assistência domiciliar,

é uma categoria diretamente relacionada à atuação profissional no domicílio, que pode ser operacionalizada por meio da visita e da internação domiciliar, envolvendo, assim, atividades que vão da educação e prevenção à recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e seus familiares no contexto de suas residências (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006, p. 646-647).

Assim, o CD, conforme Lacerda *et al.* (2006), engloba as modalidades visita e internação domiciliar. A primeira tem caráter mais pontual, na qual os profissionais observam a realidade do paciente em seu domicílio e também podem realizar orientações; a segunda é “a mais específica modalidade da atenção domiciliar à saúde, envolvendo a presença contínua de profissionais no domicílio e o uso de equipamentos e materiais”; já o CD é uma modalidade “mais ampla, que envolve atividades profissionais realizadas diretamente no domicílio das pessoas, envolvendo o cliente e sua família” (LACERDA *et al.*, 2006, p. 93).

Desta forma, por meio do CD, os profissionais de saúde oferecem orientações, executam procedimentos técnicos ou demonstram ao paciente e/ou ao seu cuidador como realizar tais técnicas, portanto, desenvolvem ações educativas ou assistenciais, direcionadas ao paciente e/ou a seus familiares (LACERDA *et al.*, 2006).

Para os autores, essas ações abrangem desde as atividades simples até as mais complexas, contudo, ambas procuram prevenir o adoecimento, manter a saúde de um indivíduo e de sua família, recuperar aquele acometido por uma doença ou sequela ou, ainda, proporcionar uma morte digna para aquele paciente fora de possibilidades terapêuticas.

As autoras Klock, Heck e Casarim (2005) complementam ao afirmar que o propósito do CD é ampliar a integralidade na atenção e no cuidado à saúde, estendendo a assistência prestada na UBS para o domicílio. Ademais, esse cuidado “envolve compreender que a família, a vida doméstica e a comunitária não são

isoladas, mas inseridas na dinâmica política e econômica da sociedade como um todo” (KLOCK; HECK; CASARIM, 2005, p. 238).

Assim, o CD é compreendido como forma de organização do trabalho em saúde e como estratégia que busca assegurar uma assistência contínua, integral e contextualizada, em que são realizadas ações conforme as necessidades da população, além de ser um tipo de assistência que aproxima os profissionais com a comunidade (KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2008).

Para essa aproximação realmente acontecer, segundo Klock, Heck e Casarim (2005), é importante que o profissional de saúde desenvolva um papel de mediador entre quem necessita de cuidados e a pessoa que vai realizar esse cuidado, por meio da criação e fortalecimento de relações interpessoais entre ele, o cliente e a família.

Diante disso, alguns autores descrevem os benefícios que o CD proporciona, tais como: assistência a pessoas que anteriormente não tinham acesso aos serviços formais de saúde; criação de vínculo entre quem cuida e quem é cuidado; maior humanização e sistematização da assistência prestada na UBS; valorização e potencialização do domicílio como local de cuidado; assistência de qualidade com custos razoáveis, entre outros (KLOCK; HECK; CASARIM, 2005; KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2008).

Deste modo, o CD, para as autoras Kerber, Kirchhof e Cezar-Vaz (2008, p. 488), é uma prática de trabalho em saúde que

visa a assistir ao indivíduo e à família no espaço domiciliar, de forma integral e contextualizada, nos aspectos de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, promovendo uma integração dos diversos trabalhadores atuantes no Sistema de Saúde para oferecer cuidado de saúde de acordo com as possibilidades do serviço e as necessidades do cliente.

Giacomozzi e Lacerda (2006, p. 647) ainda descrevem que o CD vem “transpor as práticas institucionalizadas da saúde” com o intuito de construir uma “ação profissional com base na inserção dos profissionais de saúde no local de vida, interações e relações dos indivíduos, em sua comunidade e, principalmente, em seu domicílio; passa, portanto, a considerar o contexto domiciliar das famílias”.

Nesse contexto domiciliar, a família e os cuidados realizados por ela merecem destaque, uma vez que o cuidado no pós-parto tem se desenvolvido essencialmente

no âmbito familiar. Tais práticas de cuidado são transmitidas de geração a geração por meio de crenças, costumes e tabus, sendo a família o principal sistema de representações culturais que auxilia as puérperas a se construir como mães (STEFANELLO, 2005).

Com a chegada de um bebê, o ambiente familiar sofre mudanças e mobilizações, pois muitas vezes são alterados os horários, a estrutura física e a organização funcional do domicílio (ALVES *et al.*, 2007). E como a mãe geralmente permanece pouco tempo na maternidade, os trabalhadores de Enfermagem precisam ter em mente que as orientações e cuidados devem se estender ao domicílio, sendo a ESF um dos caminhos para a atuação neste espaço, como descrito anteriormente.

Assim, a realização de visita domiciliar pela enfermeira às puérperas pode servir para reforçar orientações, levantar dúvidas não discutidas anteriormente, aumentar a segurança e a autoconfiança da mãe, melhorar a receptividade e a relação interpessoal entre a enfermeira e a puérpera, além de proporcionar apoio e avaliar a saúde da mãe e do bebê (BRANDEN, 2000; ROGRIGUES *et al.*, 2006).

Os autores Rodrigues *et al.* (2006) também afirmaram que o domicílio é um local que possibilita maior liberdade de expressão por parte das puérperas. Além disso, “pesquisar contexto de vida das pessoas é essencial para quem trabalha com saúde, para se obter a visão do conjunto que os envolve e compreender os significados atribuídos às condutas no processo saúde-enfermidade” (HOGA, 2004, p. 205).

Neste sentido, Branden (2000) refere que as puérperas ficam mais à vontade em suas casas do que numa instituição, o que facilita a criação de laços mútuos de confiança. Ainda para a autora, ao incorporar a realidade da situação domiciliar da puérpera ao planejamento do cuidado, a enfermeira consegue cuidar de forma mais integral.

No que concerne à puérpera primípara, percebeu-se que elas compreendem o domicílio como importante cenário para a extensão do cuidado de Enfermagem hospitalar, uma vez que elas não se sentiam preparadas e seguras para assumir o novo papel de mãe (ROGRIGUES *et al.*, 2006). Destaca-se que, nessa pesquisa, compreende-se o CD não como extensão do hospitalar, mas como prática singular, complexa e com características peculiares.

Ao prestar cuidados no domicílio, os profissionais de Enfermagem devem considerar o papel que a puérpera desempenha nesse local, para que as ações de cuidado priorizem os seus questionamentos, medos e dúvidas, e sejam contextualizadas com a realidade e as particularidades desse espaço (BARBOSA *et al.*, 2005). Por fim, ao conhecer a realidade do cuidado no pós-parto no contexto domiciliar, há a possibilidade de a equipe de Enfermagem se capacitar para interagir de forma mais eficiente com as puérperas e suas famílias (STEFANELLO, 2005).

Ao adentrar o contexto domiciliar, o profissional pode desenvolver suas ações e interações com a família, e entender que o contexto domiciliar abrange

os aspectos econômicos, sociais e afetivos da família; os recursos que dispõem, tanto materiais quanto humanos; a rede social de apoio; as relações que estabelecem dentro e fora do domicílio; o espaço físico; as condições de higiene e segurança da casa; tudo o que envolve o cliente e sua família (LACERDA; OLINSKI, 2004, p. 240).

Desta forma, ressalta-se a importância da atuação dos profissionais de Enfermagem no domicílio da puérpera, uma vez que, neste contexto, segundo Lacerda (2000), pode ocorrer o cuidado relacional e/ou terapêutico, no qual se destacam não somente os aspectos técnico-científicos, mas também os afetivos, empáticos e de relação de ajuda.

Para Lacerda (2000, p.39-40)

O contexto da casa não se reduz ao seu espaço físico cuja importância é crucial para o desenvolvimento positivo do cuidado. Muitas vezes há de adaptá-lo as necessidades do cliente e às do cuidador (família e/ou enfermeira). Observe-se, contudo, que o contexto deve ser percebido com um significado mais amplo, pois é um conjunto de coisas, eventos e seres humanos correlacionados entre si e de certo modo, cujas entidades representam caráter particular e interferente mútuo e simultâneo.

A autora considera o domicílio um ambiente composto pela família, sendo importante na vida das pessoas do ponto de vista físico, mental e afetivo, além de influenciar o processo de saúde-doença de seus membros. Com isso, participar do contexto da casa deve ser uma das preocupações da enfermeira, pois desta forma há a possibilidade de harmonizar o ambiente, as relações e o bem-estar das pessoas e interagir com a família e o contexto, a fim de adequar os cuidados e as necessidades às situações da casa e às suas particularidades (LACERDA, 2000).

### 3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Esta foi uma pesquisa de abordagem qualitativa, que utilizou como método a *Grounded Theory* (GT), também denominada de Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

#### 3.1 PESQUISA QUALITATIVA

A pesquisa qualitativa, segundo Strauss e Corbin (2008), investiga a vivência das pessoas, experiências, comportamentos, sentimentos, emoções, fenômenos culturais, interação entre nações, movimentos sociais e funcionamento organizacional, e produz resultados não alcançados por meio de métodos estatísticos ou de outras formas de quantificação. Nesta abordagem, de acordo com os autores, busca-se descobrir os conceitos e as relações dos dados brutos e organizá-los em um esquema explanatório-teórico.

Além disso, as pesquisas qualitativas têm três elementos principais: os *dados*, que podem ser originados de entrevistas, observações, documentos, registros e filmes; os *procedimentos*, que demonstram como conceitualizar, elaborar categorias, codificar, escrever memorandos e criar diagramas; e os *relatórios*, que podem ser escritos ou verbais, apresentados como artigos científicos, livros, palestras, entre outros (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Deste modo, percebem-se características relacionadas à pesquisa qualitativa que retratam aspectos relativos à construção de uma TFD (CAMARGO, 2009), uma vez que conceitualizar, criar categorias, codificar, elaborar memorandos e diagramas, além de construir um modelo teórico, fazem parte deste método específico.

## 3.2 TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS

### 3.2.1 Origem

A TFD foi desenvolvida na década de 60 do século passado pelos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss. Apesar de cada um deles ter uma tradição filosófica e de pesquisa diferentes, suas contribuições foram importantes para a construção deste método.

O sociólogo Barney Glaser formou-se na *Columbia University* e foi influenciado por Paul Lazarsfeld, inovador dos métodos quantitativos. Para o desenvolvimento de pesquisas, Glaser acreditava que fosse necessário fazer comparações constantes para dar aos conceitos maior nível de abstração (CHARMAZ, 2006\*).

No caso de Anselm Strauss, que se formou na *University of Chicago* e tinha uma forte tradição em pesquisas qualitativas, houve a influência de interacionistas, como Herbert Blumer e Robert Park. Ele desenvolvia pesquisas baseado nas ideias de: necessidade de ir a campo para compreender o que acontece; relevância da teoria, baseada em dados, para o crescimento de uma disciplina; complexidade e variabilidade dos fenômenos e ações humanas; entre outras (CHARMAZ, 2006\*; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Em 1967, estes sociólogos publicaram o livro “*The Discovery of Grounded Theory*”, que serviu como forte argumento para legitimar a pesquisa qualitativa como uma abordagem metodológica confiável (CHARMAZ, 2006\*, p.4).

No início, esses sociólogos desenvolveram estudos em conjunto, mas devido a algumas contradições, iniciaram trabalhos separados. A GT desenvolvida por Strauss teve grande colaboração de Juliet Corbin, que o auxiliou durante um período de dezesseis anos, inclusive no desenvolvimento do livro “*Basics of Qualitative Research Analysis*”. Glaser continuou a publicar suas pesquisas, que contemplavam explicações sobre a GT e respostas aos trabalhos de Strauss (MORSE *et al.*, 2009\*, p.15).

Desta forma, Glaser e Strauss desenvolveram a GT sob perspectivas distintas. Para Glaser, o pesquisador deve ir ao campo sem uma teoria predeterminada, para não desviar sua interpretação; abordagens comparativas em cada etapa do processo analítico são importantes; e a análise dos dados ocorre por meio das etapas de codificação substantiva e teórica. Entretanto, para Strauss, é necessário que o pesquisador tenha conhecimento prévio ou base da literatura sobre o objeto de estudo, e a análise dos dados se desenvolve por meio da codificação aberta, da axial e da seletiva.

Além da separação entre Glaser e Strauss, a GT, desde o seu surgimento, foi sofrendo novos desdobramentos, conforme demonstra a Genealogia apresentada a seguir.

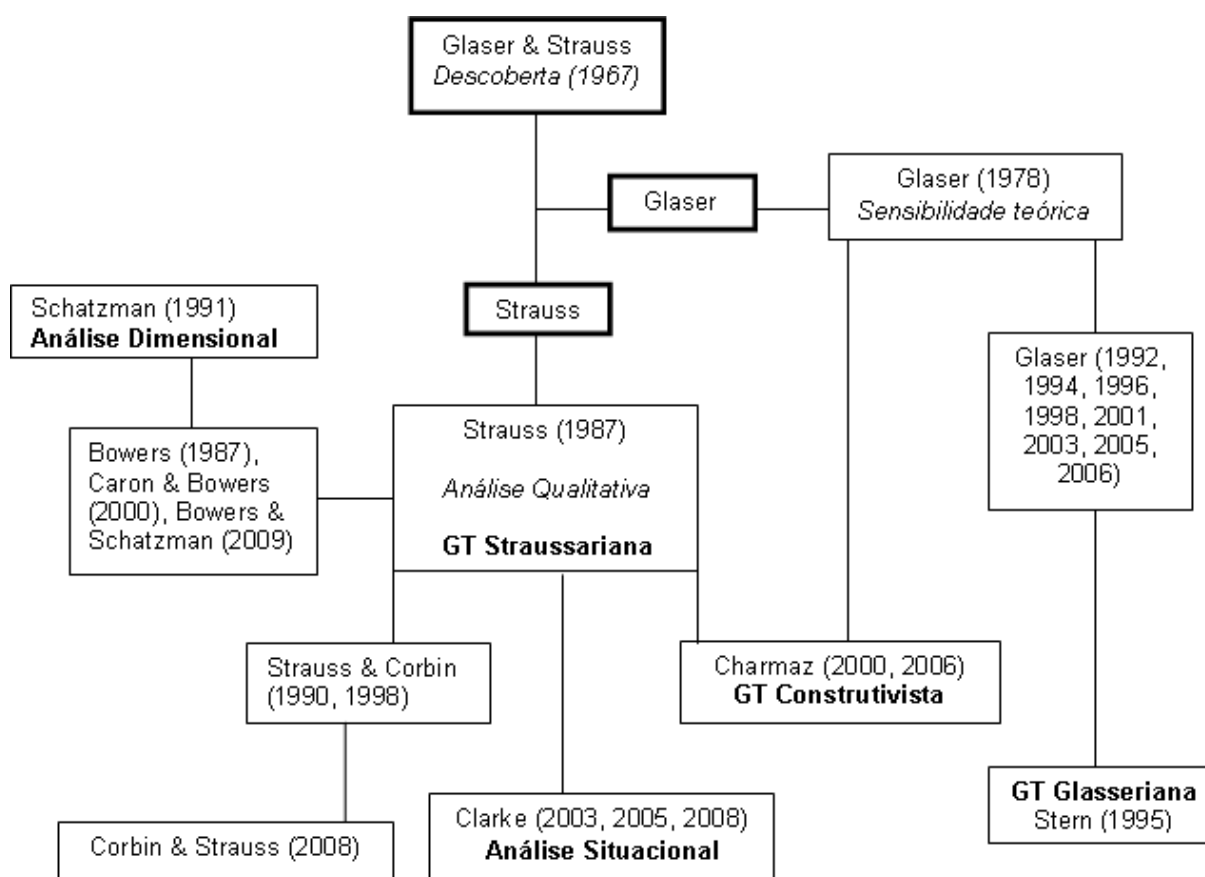


FIGURA 1 – GENEALOGIA DA TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS  
FONTE: MORSE *et al.* (2009\*, p.17)

Outra questão que merece destaque é o fato de a GT ser classificada como Pesquisa Interpretativa e ter raízes no Interacionismo Simbólico. Desta forma, objetiva interpretar a realidade a partir da percepção ou significado que certo

contexto ou objeto tem para a pessoa (DANTAS *et al.*, 2009). Nesse sentido, por derivar do Interacionismo Simbólico, a TFD busca conhecer a natureza da interação e das atividades sociais dinâmicas que ocorrem entre as pessoas (NICO *et al.*, 2007).

### 3.2.2 Definição e características

Segundo Glaser (1978\*), a GT consiste em um método que oferece um guia rigoroso e ordenado para o desenvolvimento sistemático de uma teoria a partir dos dados, que são coletados e codificados, sendo a integração entre as categorias desenvolvida de modo que a teoria vai emergindo.

Assim, a TFD procura entender a realidade a partir da percepção ou do significado que algo tem para a pessoa, e extrair das experiências vivenciadas os aspectos mais significativos (DANTAS *et al.*, 2009). As autoras Mello e Erdmann (2007) complementam ao dizer que a TFD permite desenvolver abstrações ordenadas a partir dos dados obtidos da vida real dos participantes.

Ainda afirmam que, como o próprio nome diz, a TFD procura elaborar uma teoria fundamentada nos dados, que deve explicar bem as categorias, suas inter-relações e as hipóteses, para que elas possam ser validadas por outras pesquisas.

De acordo com Strauss e Corbin (2008, p. 35), teoria é “um conjunto de categorias bem desenvolvidas que são sistematicamente inter-relacionadas através de declarações de relação para formar uma estrutura teórica que explique alguns fenômenos relevantes”, como os sociais, educacionais, psicológicos, de Enfermagem, entre outros.

Os autores ressaltam que criar uma teoria implica não apenas conceber ou construir ideias (conceitos), mas também elaborar essas ideias em um esquema sistemático, lógico e explanatório, a fim de alcançar uma explicação sobre os fenômenos e melhorar o desenvolvimento do campo de conhecimento. Por conceito entende-se uma representação abstrata de um objeto, ação ou fato que o pesquisador considera importante (STRAUSS; CORBIN, 2008). A teoria gerada na TFD também deve ser compreensível, ter aplicação prática e capacidade de modificação à medida que novos dados surgem (MELLO; ERDMANN, 2007).



Para construir uma teoria fundamentada em dados, utiliza-se a estratégia metodológica *análise comparativa*, que conduz a pesquisa e direciona os próximos passos (ERDMANN *et al.*, 2007). Esta análise permite ao pesquisador comparar os dados coletados com os conceitos formados, facilitando a compreensão das inter-relações existentes entre as categorias, subcategorias e elementos formados. Nesse sentido, há ainda a *circularidade dos dados*, outra característica da TFD, compreendida pelo ir-e-vir com os dados, a fim de atingir a saturação teórica e o delineamento da teoria (DANTAS *et al.*, 2009).

No decorrer do desenvolvimento da TFD, tanto na coleta como na análise, o pesquisador utiliza-se de *abordagens indutivas e dedutivas*. Para Strauss e Corbin (2008), durante a indução, derivam-se os conceitos, suas propriedades e dimensões a partir dos dados, e na dedução criam-se hipóteses sobre as relações entre tais conceitos. Na TFD, por meio da indução, novos questionamentos são elaborados para os participantes da pesquisa e, diante destes dados, utiliza-se a dedução para formar as categorias, subcategorias e elementos do fenômeno.

Para trabalhar com a TFD, são necessárias algumas condições, tais como: envolvimento com o objeto de estudo, criatividade, disponibilidade de tempo, domínio da utilização deste método, capacidade dedutiva e indutiva e sensibilidade teórica (DANTAS *et al.*, 2009).

Esta última condição, conhecida como *sensibilidade teórica do pesquisador*, “significa ter discernimento e ser capaz de dar sentido aos fatos e acontecimentos dos dados. Isso significa ver além do óbvio para descobrir o novo” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 56). Os autores descrevem que esta sensibilidade acontece enquanto o pesquisador trabalha com os dados e faz comparações por meio de seus conhecimentos e de sua experiência.

Por meio desta sensibilidade, o pesquisador elabora novas perguntas para os próximos participantes a fim de explorar com maior profundidade determinados aspectos do fenômeno, percebe como os conceitos se inter-relacionam e, desta forma, constrói um modelo teórico a partir dos dados. Como afirmam Nico *et al.* (2007), na GT preconiza-se o desenvolvimento de um modelo teórico que seja representativo.

Na TFD, a coleta de dados baseia-se na *saturação teórica*, que, para Dantas *et al.* (2009), é alcançada quando nenhuma outra informação acrescenta ou modifica

as já existentes. Outra questão que merece destaque é que, na TFD, a coleta e a análise dos dados ocorrem concomitantemente (MELLO; ERDMANN, 2007).

Durante a análise dos dados, começam a surgir os primeiros códigos, e à medida que eles se acumulam, o pesquisador deve agrupá-los ou categorizá-los sob termos mais abstratos, chamados de categorias. Ao identificar a categoria, pode-se desenvolvê-la em suas propriedades e dimensões, criando ainda subcategorias e elementos. De maneira geral, na análise dos dados, surgem primeiramente os códigos, deles emergem as categorias, e a interrelação entre esses conceitos é que explicita o fenômeno em estudo. Destaca-se que nesta pesquisa optou-se por utilizar a GT sob a perspectiva de Glaser.

### 3.3 DEFININDO OS LOCAIS DA PESQUISA

Esta pesquisa foi desenvolvida no domicílio de puérperas primíparas, de modo que foram utilizadas duas estratégias simultaneamente para a captação das participantes. A primeira consistiu em fazer contato inicial com a puérpera primípara no AC de uma maternidade do município de Curitiba-PR para identificar potenciais participantes, de acordo com os critérios de inclusão previamente estabelecidos. Após esse momento, explicou-se como a pesquisa ocorreria, e em caso de aceite, foram coletados dados referentes ao seu endereço e telefone para agendamento da entrevista em seu domicílio.

A segunda estratégia consistiu em conseguir dados de puérperas primíparas (nome, idade, endereço e telefone) em duas US do mesmo município, de acordo com os critérios de inclusão, para posterior contato telefônico e agendamento da entrevista. Estas duas US foram selecionadas devido ao fato de a pesquisadora ter realizado estágio durante a graduação em Enfermagem nestes locais de trabalho e, assim, conhecer o campo e alguns dos seus profissionais.

### 3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os critérios de inclusão das participantes englobaram: ser puérpera primípara, independentemente do tipo de parto; ter tido uma gestação de baixo risco conforme a classificação no pré-natal; ter idade igual ou superior a 18 anos; retornar com o bebê para o domicílio; residir em Curitiba ou região metropolitana; aceitar participar voluntariamente da pesquisa; e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de exclusão envolveram: ser puérpera múltipara; ter tido uma gestação de alto risco de acordo com a classificação no pré-natal; ter idade inferior a 18 anos; não ter retornado com o bebê para o domicílio; não residir em Curitiba ou região metropolitana; e não aceitar participar da pesquisa.

Optou-se por puérperas primíparas que tiveram uma gestação de baixo risco e que retornaram ao domicílio com o bebê justamente pelo fato de que se pretendeu interpretar como a puérpera vivencia o cuidado no período pós-parto em seu contexto domiciliar.

Nesta pesquisa, entende-se por gestação de baixo risco aquela que apresenta baixa probabilidade de intercorrências maternas e/ou fetais. Já na gestação de alto risco, há aumento significativo na possibilidade de intercorrências e de óbito materno e/ou fetal, com diversas situações que caracterizam alto risco materno (por exemplo, hipertensão arterial, nefropatia, cardiopatia, diabetes *mellitus*, entre outras) e alto risco fetal (por exemplo, malformação, crescimento fetal intra-uterino restrito, entre outras) (CURITIBA, 2005).

Ao total, seguindo os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, participaram desta pesquisa 16 puérperas primíparas. A escolha destas participantes foi feita por entender que a vivência do puerpério difere entre mulheres que passam por esta experiência pela primeira vez e aquelas que já a vivenciaram. Além disso, de acordo com a literatura, na primeira experiência pode haver maior insegurança, conflitos e inexperiências relacionadas ao cuidado (SILVA *et al.*, 2009).

### 3.4.1 Amostragem Teórica

Na TFD, utiliza-se o conceito de *amostragem teórica* para a seleção dos participantes, com a qual o pesquisador decide quais informações são necessárias e onde encontrá-las, e direciona os questionamentos durante a coleta de dados, com o intuito de aumentar as oportunidades de descobrir variações entre conceitos, tornar as categorias mais densas e, assim, melhor compreender alguns aspectos relacionados ao fenômeno (ERDMANN *et al.*, 2007; NICO *et al.*, 2007).

Segundo Charmaz (2006\*), a amostragem teórica objetiva buscar e coletar dados pertinentes para o desenvolvimento da teoria, tendo como principal propósito elaborar, refinar e desenvolver as propriedades das categorias criadas. Tendo isto em mente e utilizando-se de sua sensibilidade teórica, o pesquisador irá elencar os grupos amostrais que farão parte de sua pesquisa, além de decidir quando começar ou encerrar cada um. Os diferentes grupos amostrais de uma pesquisa permitem a interpretação do fenômeno como um todo, pois serão explicitadas experiências variadas de pessoas diferentes.

Uma vez que esta pesquisa objetivou interpretar como a puérpera primípara vivencia o cuidado no contexto domiciliar, optou-se por três grupos amostrais, como mostra a Figura 2.

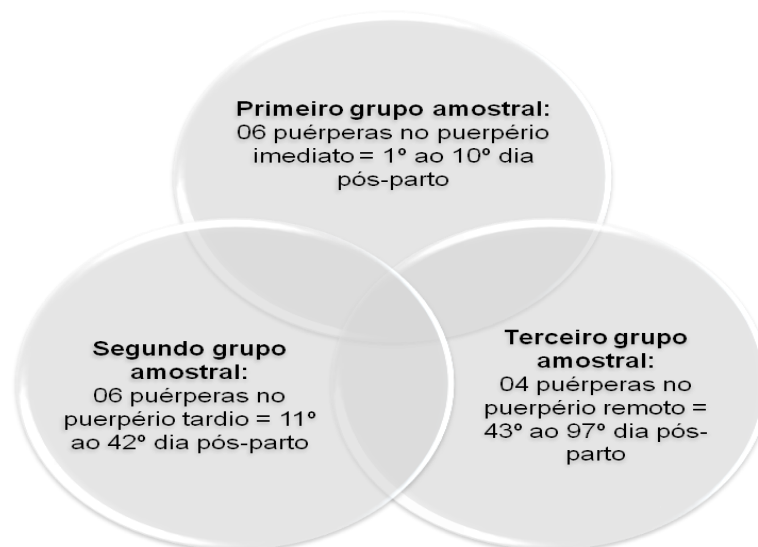


FIGURA 2 – GRUPOS AMOSTRAIS DA PESQUISA E TOTAL DE PARTICIPANTES EM CADA GRUPO  
FONTE: Kalinowski (2011)

Escolheu-se realizar a pesquisa com puérperas durante as três fases distintas do período pós-parto (imediato, tardio e remoto), pois se acredita que em cada uma destas etapas a puérpera enfrenta diferentes situações e desafios, que necessitam de cuidados diversos, com relação a si mesma, ao bebê, à sua família e em outras relações sociais.

Estas diferenças entre os grupos amostrais são necessárias, pois, para que o fenômeno seja explicitado, é preciso compreender as diferentes percepções dos mais diversos participantes que o vivenciam.

Além disso, a divisão dos grupos amostrais de acordo com as três fases do puerpério foi escolhida justamente por ser a preconizada pelo MS (BRASIL, 2001), contudo, ressalta-se que o MS define o puerpério remoto como o período compreendido a partir 43º pós-parto até o término da amamentação.

Entretanto, para as mulheres que fariam parte do terceiro grupo amostral, estipulou-se um período limite para a realização da entrevista e observação, que foi de três a quatro meses pós-parto. Essa delimitação ocorreu com base nos autores Ziegel e Cranley (1985), que afirmam que o desenvolvimento e o ajustamento psicossocial da puérpera ocorrem de três a quatro meses após o parto. Esse período, para as mesmas autoras, é chamado de 4º trimestre, no qual a mulher passa da condição de grávida para a de não grávida e mãe.

### 3.5 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados desta pesquisa, a qual ocorreu entre os meses de janeiro a junho de 2011, realizou-se entrevista semiestruturada (APÊNDICE 1), que continha dados de identificação das puérperas primíparas e perguntas abertas iniciais. Destaca-se que com o decorrer da análise dos dados estas perguntas foram modificadas, pois na TFD há a possibilidade de reestruturação do instrumento de coleta de dados. De acordo com Dantas *et al.* (2009), podem ser alteradas as perguntas, seu foco ou a forma de questionamento, a fim de melhor especificar e explorar a realidade investigada, para assim, alcançar o máximo de informações.

As entrevistas foram audiogravadas, transcritas na íntegra e analisadas uma a uma, de maneira que só foi realizada a segunda entrevista após transcrição e

análise da primeira. Ressalta-se que cada puérpera foi entrevistada apenas uma vez.

Outra estratégia utilizada para a coleta de dados foi a observação, compreendida como a técnica que possibilita o levantamento de informações e de determinados aspectos da realidade, por meio dos sentidos, além de permitir o registro de dados não constantes no roteiro da entrevista ou do questionário (MARCONI; LAKATOS, 2005). Nesta pesquisa, foi utilizada a observação estruturada não participante, individual e efetuada na vida real.

De acordo com Marconi e Lakatos (2005), a observação é classificada como estruturada quando utiliza instrumento para a coleta de dados, é planejada com cuidado e sistematizada. A observação estruturada é seletiva, porque o pesquisador vai observar uma parte da realidade a partir de sua proposta de trabalho, e deve recorrer ao uso de roteiros previamente elaborados, a fim de obter-se um registro padronizado das observações realizadas (PÁDUA, 2004).

Na observação não-participante, “o pesquisador toma contato com a comunidade, grupo ou realidade estudada, mas sem integrar-se a ela: permanece de fora. Presencia o fato, mas não participa dele” (MARCONI; LAKATOS, 2005, p.195). A observação é classificada como individual quando é realizada apenas por um pesquisador; e como observação na vida real quando as observações são feitas no ambiente real, no caso deste trabalho, aquelas realizadas no contexto domiciliar da puérpera (MARCONI; LAKATOS, 2005).

Outro instrumento utilizado nesta pesquisa foi a anotação, baseada em um roteiro com seis itens predefinidos (APÊNDICE 2), a fim de complementar os dados oriundos das entrevistas, uma vez que a pesquisa foi realizada em um ambiente de domínio das participantes, com peculiaridades e características que influenciam a vivência do cuidado.

No primeiro item, buscou-se observar o domicílio e sua organização, a disposição dos cômodos e dos objetos, além das pessoas presentes; no segundo, a aparência e fisionomia da puérpera; no terceiro, onde o bebê permaneceu no momento da entrevista, como estava acomodado e suas reações; no quarto, como a puérpera interagiu com o bebê e os cuidados que realizava com ele; no quinto, a relação da puérpera com outras pessoas que estavam no domicílio; e no sexto, o comportamento, as reações e impressões da puérpera durante a entrevista.

As observações feitas no domicílio de cada puérpera durante a realização das entrevistas foram digitadas em forma de texto, de acordo com cada item citado anteriormente. Este texto, então, foi analisado linha a linha e dele surgiram códigos, que foram incorporados juntamente com os códigos provenientes das entrevistas. Desta forma, a análise dos dados das entrevistas e das observações foi realizada de maneira concomitante, como descrito no próximo subcapítulo.

Os dados das entrevistas e das observações foram coletados até se alcançar a saturação teórica, isto é, quando não surgiram mais dados novos que contribuiriam para a compreensão do fenômeno, as categorias estavam bem desenvolvidas em suas propriedades e dimensões, e as relações entre elas foram explicitadas de forma clara. Ademais, nesta pesquisa, cada grupo amostral foi finalizado quando as informações começaram a se repetir e não havia dado novo relevante para a interpretação deste fenômeno em específico.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Na TFD, a análise dos dados, segundo Glaser, é feita em duas etapas, denominadas de codificação substantiva – subdividida em codificação aberta e seletiva - e de codificação teórica (WALKER; MYRICK, 2006\*), descritas a seguir. Destaca-se que, nessa pesquisa, foi construído um modelo teórico, isto é, um desenho esquemático com conceitos interrelacionados a fim de demonstrar a vivência do cuidado pela puérpera primípara em seu contexto domiciliar.

De forma resumida, a análise dos dados na TFD, segundo a perspectiva de Glaser, ocorre de acordo com a Figura 3.

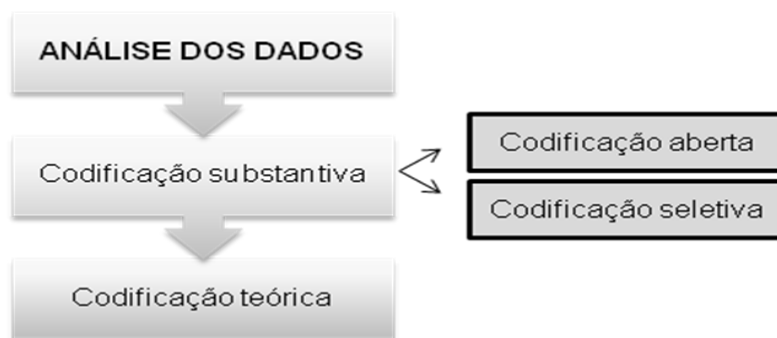


FIGURA 3 – ANÁLISE DOS DADOS NA TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS, SEGUNDO A PERSPECTIVA DE GLASER

FONTE: Kalinowski (2011)

### 3.6.1 Codificação substantiva

A codificação substantiva, dividida em duas subfases, que são a codificação aberta e a seletiva, preocupa-se com a construção das categorias e suas propriedades (WALKER; MYRICK, 2006\*).

Na codificação aberta, primeira subfase da codificação substantiva, o pesquisador deve imergir nos dados, linha por linha, fazendo comparações constantes e codificando cada sentença (GLASER, 1978\*; WALKER; MYRICK, 2006\*) e, a partir das palavras, frases, parágrafos e/ou gestos, oriundos das entrevistas, ele examina, compara e reflete (DANTAS *et al.*, 2009). De acordo com Walker e Myrick (2006\*), este é o estágio inicial da análise comparativa, em que começam a ser escritos os memorandos sobre as ideias conceituais e teóricas que o pesquisador tem durante a análise dos dados.

Nesta primeira subfase, o pesquisador começa a analisar os dados linha a linha e identifica, em primeiro lugar, os códigos (conceitos), que podem ser palavras, frases ou parágrafos, e assim, os dados recebem um nome que os represente, que pode se originar das palavras reais usadas pelos participantes da pesquisa ou da conceitualização dessas palavras pelo pesquisador. Esta análise detalhada é a que consome mais tempo, mas também é a que produz melhor resultado (CHARMAZ, 2006\*; MELLO; ERDMANN, 2007).

No Quadro 1 pode observar-se um exemplo de codificação dos dados na subfase “codificação aberta”, em que a entrevista é analisada linha a linha e os



códigos vão surgindo da fala das participantes. Como são gerados muitos códigos da análise das entrevistas, cada um deles foi numerado e recebeu uma identificação para auxiliar na própria análise dos dados e facilitar as etapas do método utilizado. No caso desta pesquisa, por exemplo, “C.82-P.1” significa código 82 da puérpera um.

Entrevista	Códigos
<b>P: E que cuidados você tem com você mesma agora?</b>	
<b>R:</b> Ah, higiene, né? (C.82-P.1)	Cuidando da higiene pessoal (C.82-P.1)
Ainda mais agora por causa da menstruação que tá vindo um monte, por causa do sangue. (C.83-P.1)	Cuidando da sua higiene pessoal devido à presença de lóquios em grande quantidade (C.83-P.1)
É... a questão do seio também, né? (C.84-P.1)	Cuidando das mamas (C.84-P.1)
Eu cuido bastante assim porque, sempre quando eu acabo de amamentar eu tenho que deixar ele um pouco secando, antes de colocar o sutiã (C.85-P.1)	Deixando as mamas secarem após a amamentação (C.85-P.1)
É, banho todo dia, né? (C.86-P.1)	Tomando banho todos os dias (C.86-P.1)

QUADRO 1 – MODELO DE CODIFICAÇÃO DOS DADOS DE ENTREVISTA NA SUBFASE “CODIFICAÇÃO ABERTA”  
 FONTE: Kalinowski (2011)

O Quadro 2 mostra um exemplo de codificação dos dados na subfase “codificação aberta” provenientes da observação. Como o número de códigos gerados nas observações não foi tão expressivo, houve apenas a identificação de cada código conforme o número da puérpera entrevistada, isto é, “P.14” significa código da observação da puérpera 14.

Dados da observação	Códigos
O bebê estava enrolado num cobertor, (P.14)	Estando o bebê enrolado num cobertor (P.14)
permaneceu acordado no colo da mãe, (P.14)	Visualizando que o bebê permaneceu acordado (P.14)
enquanto eu falava ele prestava atenção em mim (P.14)	Constatando que o bebê presta atenção na conversa (P.14)
e sorriu várias vezes. (P.14)	Observando o bebê sorrir (P.14)
No início da entrevista,	
a puérpera se emocionou ao falar do bebê, (P.14)	Emocionando-se ao falar do bebê (P.14)
e percebi que ela tem muito carinho por ele e também se preocupa bastante. (P.14)	Demonstrando preocupação e carinho pelo bebê (P.14)
Quando o bebê acordou e começou a chorar a puérpera, pegando-o no colo, (P.14)	Pegando o bebê em seu colo quando começou a chorar (P.14)
logo conseguiu acalmá-lo. (P.14)	Acalmando o bebê (P.14)

QUADRO 2 – MODELO DE CODIFICAÇÃO DOS DADOS DE OBSERVAÇÃO NA SUBFASE “CODIFICAÇÃO ABERTA”  
 FONTE: Kalinowski (2011)

Na codificação aberta, inicia-se a organização destes primeiros códigos de acordo com suas propriedades e dimensões e ocorre também seu agrupamento em categorias (MELLO; ERDMANN, 2007). Desta forma, a partir do momento em que os códigos começam a se acumular, o pesquisador inicia um processo para agrupá-los e categorizá-los em termos mais abstratos, chamados de categorias.

Nesta pesquisa, os códigos semelhantes foram agrupados em elementos; os conjuntos destes elementos formaram as subcategorias; e estas subcategorias foram reunidas em categorias, conforme o exemplo do Quadro 3. Contudo, segundo Nico *et al.* (2007), não necessariamente emergem todos estes componentes, uma vez que, por exemplo, uma categoria pode não congrega subcategorias.

<b>Categoria:</b> Interagindo com familiares e amigos
<b>Subcategoria:</b> (Des)cuidando dos familiares
<b>Elemento:</b> Tendo cuidados com o companheiro e familiares
<b>Códigos</b>
Cuidando do companheiro (C.135-P.5) Preparando a comida para o companheiro (C.134-P.9) Levando café da manhã na cama para o companheiro (C.145-P.3) Dando carinho para o companheiro (C.137-P.5) Cuidando da mãe (C.70-P.13) Perguntando para a mãe se ela precisa de alguma coisa (C.71-P.13) Levando a mãe ao médico (C.72-P.13.1) Cuidando de seu pai e de sua mãe por serem pessoas idosas (C. 75-P.15) Preocupando-se com a saúde de seu sobrinho por ser ainda uma criança pequena (C.77-P.15) Preocupando-se com a sobrinha (C.59-P.16)

QUADRO 3 – MODELO DE AGRUPAMENTO DOS DADOS NA SUBFASE “CODIFICAÇÃO ABERTA”

FONTE: Kalinowski (2011)

Segundo Walker e Myrick (2006\*), a codificação aberta torna-se completa quando o pesquisador começa a visualizar a possibilidade de uma teoria que abranja todos os dados e, assim, inicia-se a codificação seletiva para uma variável central.

A codificação seletiva, segunda subfase da codificação substantiva, restringe o processo de codificação em torno de uma categoria central, além de ocorrer em um nível mais abstrato de análise (WALKER; MYRICK, 2006\*).

Na codificação seletiva, o pesquisador delimita sua codificação com apenas aquelas variáveis que se relacionam significativamente com a variável central, refinando o trabalho feito na codificação aberta (GLASER, 1978\*). No caso desta pesquisa, a categoria central foi “Exercendo o papel materno pela primeira vez”. Essa variável central, de acordo com o mesmo autor, serve de guia para a coleta de mais dados, para a amostragem teórica e para a análise.

### 3.6.2 Codificação teórica

Para Glaser (1978\*), a chamada codificação teórica é a que especifica as relações e integrações possíveis entre as categorias criadas e, de acordo com a forma como o fenômeno se explicita, ele propõe códigos teóricos diferentes. Essa

codificação ocorre em nível conceitual, sendo os dados integrados em torno de uma categoria central (WALKER; MYRICK, 2006\*).

Inicialmente, Glaser descreveu 18 códigos teóricos, sendo eles: os seis Cs (causas, contextos, contingências, consequências, covariâncias e condições); processo; família de grau; família de dimensão; família por tipo; família estratégica; família interativa; família de identidade de si; família de ponto de corte; família de objetivo principal; família cultural; família de consenso; família de linha principal; família teórica; família de ordenação ou elaboração; família de unidade; família de leitura; e modelos (GLASER, 1978\*).

Posteriormente, Glaser (2005\*) propôs outros códigos teóricos tais como: simetria-assimetria; binário; assíntota; arena social; mundos sociais; restrições sociais; família temporal; ação; limites exteriores; família causal; ciclismo; pressão cruzada; micro-macro; isomorfismo; captura do momento; fractais; autoprodução; partes do sistema; tipo ideal; estrutura; causa conjuntural; equilíbrio e níveis.

Destaca-se, contudo, que a utilização do código teórico depende de como o fenômeno se apresenta e de como os conceitos se interrelacionam, portanto, a escolha de um código teórico não é feita no início da pesquisa, mas sim no seu decorrer, conforme a apresentação dos dados.

No caso desta pesquisa, as relações entre as categorias, subcategorias e elementos se estabeleceram de acordo com o código teórico “Família Interativa” e, segundo Glaser (1978\*, p.76), neste tipo de código teórico, há a interação de duas ou mais variáveis, e o pesquisador não consegue dizer qual delas vem primeiro, ou seja, não existem início e fim determinados.

Outrossim, neste código teórico, as interações entre os conceitos podem ocorrer por meio de efeito mútuo, reciprocidade, trajetória mútua, dependência mútua, interdependência, interação dos efeitos, sequência e covariância. Neste trabalho, os dados mostraram que as interações se estabeleciam através de efeito mútuo, interdependência, reciprocidade, sequência e trajetória mútua, explicadas mais detalhadamente no Capítulo 5.

A partir disso, construiu-se um modelo que utilizou o código teórico “Família Interativa”, como pode ser observado no Capítulo 5. No Diagrama a seguir, previamente, podem ser visualizadas as categorias e subcategorias do fenômeno

“Vivência do cuidado pela puérpera primípara no contexto domiciliar”, bem como as interrelações existentes entre elas, de acordo com este código.

Entre as categorias “Exercendo o papel materno pela primeira vez”, “Interagindo com familiares e amigos” e “Vivenciando o (des)cuidado de si”, existem relações de reciprocidade. As subcategorias da categoria “Exercendo o papel materno pela primeira vez” se interrelacionam por meio da reciprocidade; e as da categoria “Interagindo com familiares e amigos” e da categoria “Vivenciando o (des)cuidado de si”, por trajetória mútua.

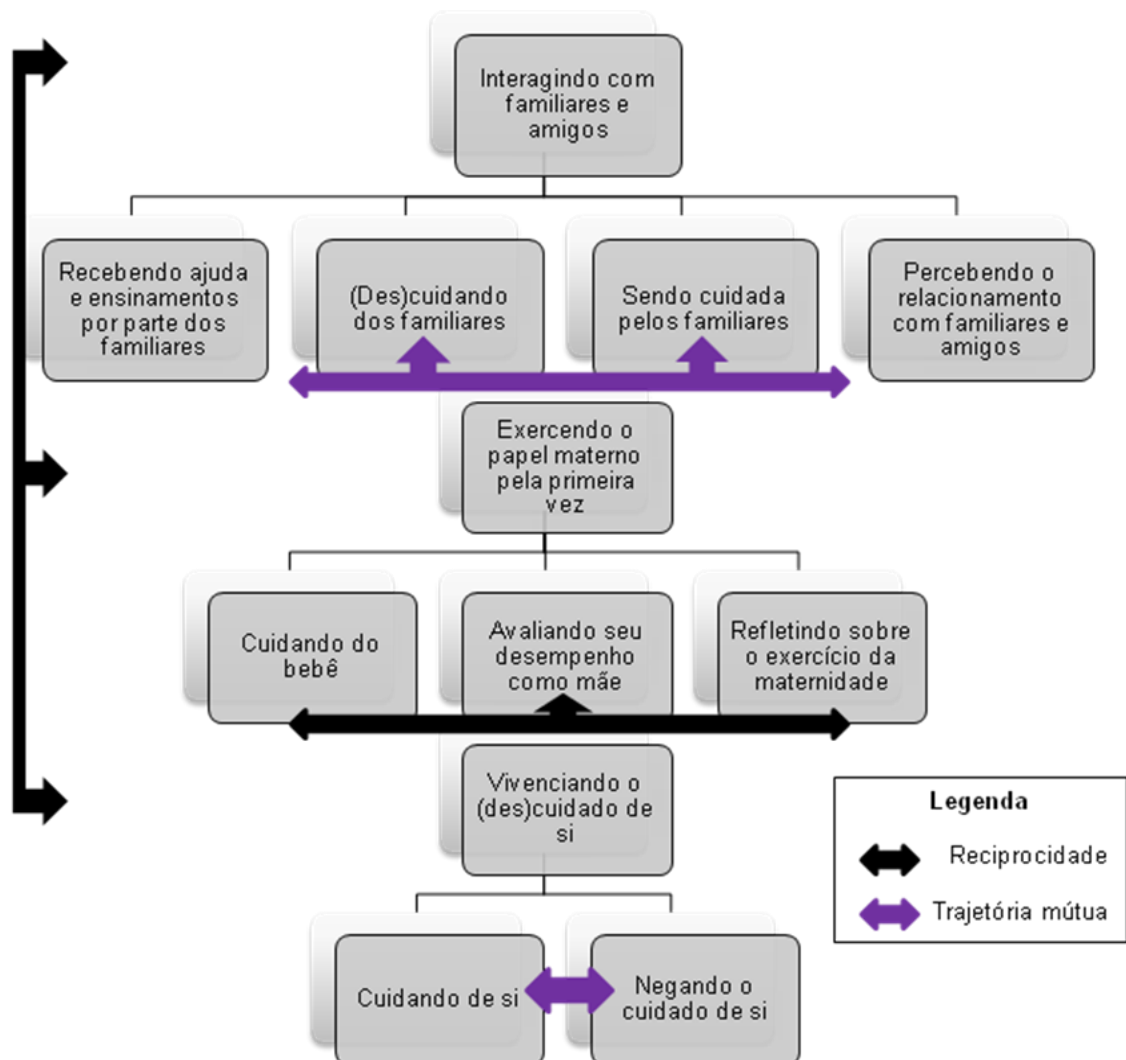


DIAGRAMA 1 – CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DO FENÔMENO E SUAS INTER-RELAÇÕES  
FONTE: Kalinowski (2011)

Destaca-se que o modelo teórico e as interrelações entre os conceitos são explicados mais detalhadamente no Capítulo 5. Ademais, este modelo foi validado por duas participantes que fizeram parte do terceiro grupo amostral. Para tanto, retornou-se ao domicílio dessas puérperas, onde foi mostrado e explicado o

diagrama elaborado e as suas interrelações para que cada uma, individualmente, fizesse suas considerações.

As participantes falaram sobre o desempenho do papel materno pela primeira vez e suas implicações, a interação que ocorre com outras pessoas durante a vivência do cuidado, além das maneiras de cuidado e descuido de si. A partir disso, verificou-se que elas concordaram e validaram os conceitos criados, bem como as relações existentes entre cada uma das categorias, subcategorias e elementos, como pode ser verificado na fala abaixo de uma das puérperas.

[...] o que aconteceu comigo foi isso mesmo, foi bem isso que eu passei [...] ser mãe pela primeira vez, conviver com pessoas aqui dentro da minha casa [...] deixei de cuidar de mim para cuidar dele [bebê] [...] são tantas coisas acontecendo ao mesmo tempo, mas de uma forma geral é isso que acontece [...]

### 3.6.3 Memorandos e diagramas

Durante o processo de coleta e análise dos dados, surgem *insights* descritos pelos chamados memorandos ou apenas memos. Os memos são formas de registro escrito referentes à formulação da teoria, englobam as ideias do pesquisador sobre os códigos e suas relações e devem ser elaborados constantemente durante a pesquisa, começando no processo de codificação dos primeiros dados (GLASER, 1978\*). Os memorandos podem ser de diversos formatos, como as notas teóricas, notas metodológicas, notas de observação e suas subvariedades.

As notas teóricas são formuladas quando o pesquisador registra interpretações e inferências, cria hipóteses e desenvolve novos conceitos. As notas metodológicas consistem em instrução a si próprio, lembrete ou crítica a suas próprias estratégias e se relacionam aos procedimentos e estratégias metodológicas utilizadas e às decisões sobre o desenvolvimento da pesquisa. As notas de observação são descrições de eventos observados principalmente por meio da visão e da audição (DANTAS *et al.*, 2009).

A seguir, alguns exemplos de nota teórica e metodológica utilizados nesta pesquisa.

<b>Nota teórica 2, puérpera 13 – Data: 18/05/11</b>	
<b>Códigos</b>	<b>Nota teórica</b>
Pensando em deixar de trabalhar tanto para ficar mais com o bebê (C.2-P.13)	Por estar no puerpério remoto, por ter vivenciado por mais tempo o papel materno do que as puérperas anteriores e também possivelmente por ter refletido sobre diversos aspectos, essa puérpera afirma que o nascimento do bebê fez com que sua vida mudasse e que ela se transformasse como pessoa, pois começou a pensar em deixar de trabalhar tanto, em replanejar a sua vida, e se tornou menos estressada. Ela ainda acrescenta que sente necessidade de se dedicar mais aos outros, de conviver com outras pessoas, como se sua vida assumisse um novo sentido agora com o nascimento do bebê. (C.2-P.13), (C.13-P.13), (C.14-P.13), (C.42-P.13), (C.43-P.13)
Tendo que replanejar a sua vida com o nascimento do bebê (C.13-P.13)	
Querendo se dedicar mais às pessoas após o nascimento do bebê (C.14-P.13)	
Afirmando que o nascimento do bebê fez com que ela pensasse mais na vida (C.42-P.13)	
Afirmando que o nascimento do bebê a deixou menos estressada (C.43-P.13)	

QUADRO 4 – MODELO DE NOTA TEÓRICA  
FONTE: Kalinowski (2011)

<b>Nota metodológica 3, puérpera 2 – Data: 21/01/11</b>	
<b>Códigos</b>	<b>Nota metodológica</b>
Compreendendo que o bebê chora quando está na hora de mamar (C.8-P.2)	Diferentemente da primeira puérpera, esta afirma que conhece os motivos do choro do bebê, como fome, quando está na hora de trocar a fralda, quando faz manha por querer ficar apenas no colo ou quando está com dor. Investigar com as próximas puérperas como elas lidam com o choro do bebê e se já conseguem perceber os seus motivos. (C.8-P.2), (C.18-P.2), (C.22-P.2), (C.23-P.2)
Afirmando que o bebê chora quando é hora de trocar a fralda (C.18-P.2)	
Percebendo que o bebê chora quando quer ficar no colo (C.22-P.2)	
Percebendo que o bebê chora quando está com dor (C.23-P.2)	

QUADRO 5 – MODELO DE NOTA METODOLÓGICA  
FONTE: Kalinowski (2011)

Na construção da TFD, também podem ser elaborados os diagramas, memorandos visuais que demonstram as relações entre os conceitos. Destaca-se que, ao longo da apresentação dos dados no Capítulo 4, foram elaborados diversos diagramas que explicitam as interrelações entre os componentes do fenômeno.

Tanto os memorandos quanto os diagramas são importantes porque registram o progresso, as ideias, as lacunas, as considerações e as direções da pesquisa. Caso sejam elaborados poucos memorandos e diagramas, poderão faltar densidade e integração na teoria final.

Por fim, estes memorandos e diagramas evoluem e crescem em complexidade, em densidade e em clareza à medida que a pesquisa progride, além de terem a função adicional de armazenar informações, o que força o pesquisador a

trabalhar com conceitos e não com dados brutos, permitindo o uso da imaginação e da criatividade (DANTAS *et al.*, 2009).

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa seguiu os preceitos éticos preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, publicada oficialmente pelo MS, referente à pesquisa com seres humanos. Cada puérpera primípara foi esclarecida com relação aos objetivos da pesquisa, ao anonimato de sua identidade e à relevância de sua participação, e, após estes esclarecimentos, foi solicitada a assinatura do TCLE (APÊNDICE 3). Ressalta-se que os dados coletados serão guardados na residência da pesquisadora, na forma impressa e gravados em *pendrive*.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, sob o registro CEP/SD: 1010.135.10.09 e CAEE: 0060.0.085.091-10 (ANEXO) e também recebeu parecer favorável do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.



## 4 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Os dados provenientes das entrevistas e das observações realizadas com as participantes são apresentados por meio de quadros, diagramas, recortes de falas e descrições, a fim de demonstrar como as puérperas primíparas desta pesquisa vivenciam o cuidado no contexto domiciliar, e, desta forma, explicitar o fenômeno em estudo.

### 4.1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E DO DOMICÍLIO DAS PARTICIPANTES

Os dados referentes à identificação e ao domicílio das puérperas entrevistadas são expostos em quadros, e destaca-se que a maioria destes dados influenciam a vivência do cuidado no contexto domiciliar, como pode ser constatado no próximo subcapítulo. O Quadro 6 mostra a idade, o tipo de parto e os dias pós-parto das 16 participantes.

	<b>Puérpera</b>	<b>Idade</b>	<b>Tipo de parto</b>	<b>Dias pós-parto</b>
1º grupo amostral	<b>Puérpera 1</b>	25 anos	Normal com episiorrafia	4 dias
	<b>Puérpera 2</b>	26 anos	Normal com episiorrafia	10 dias
	<b>Puérpera 3</b>	23 anos	Normal com episiorrafia	8 dias
	<b>Puérpera 4</b>	20 anos	Normal sem episiorrafia	10 dias
	<b>Puérpera 5</b>	21 anos	Cesáreo	10 dias
	<b>Puérpera 6</b>	24 anos	Normal com episiorrafia	9 dias
2º grupo amostral	<b>Puérpera 7</b>	21 anos	Cesáreo	33 dias
	<b>Puérpera 8</b>	19 anos	Cesáreo	17 dias
	<b>Puérpera 9</b>	18 anos	Cesáreo	36 dias
	<b>Puérpera 10</b>	31 anos	Cesáreo	18 dias
	<b>Puérpera 11</b>	19 anos	Cesáreo	14 dias
	<b>Puérpera 12</b>	24 anos	Cesáreo	18 dias
3º grupo amostral	<b>Puérpera 13</b>	38 anos	Cesáreo	94 dias
	<b>Puérpera 14</b>	28 anos	Normal sem episiorrafia	77 dias
	<b>Puérpera 15</b>	32 anos	Normal com episiorrafia	97 dias
	<b>Puérpera 16</b>	29 anos	Normal sem episiorrafia	45 dias

QUADRO 6 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS, SEGUNDO IDADE, TIPO DE PARTO E DIAS DO PÓS-PARTO  
 FONTE: Kalinowski (2011)

Observou-se que a idade variou de 18 a 38 anos, entretanto, nesta pesquisa, não se constataram diferenças significativas na vivência do cuidado por causa deste fator.

Metade das puérperas fez cesárea e metade, parto normal. Percebeu-se que o tipo de parto ou de intervenção, como, por exemplo, a episiorrafia, demanda diferentes cuidados consigo e interfere na necessidade de ajuda por parte de familiares. Destaca-se que a cesárea em mulheres com gestação de baixo risco é possível e pode significar o desenvolvimento de complicações durante o trabalho de parto.

As puérperas 1 a 6 fizeram parte do primeiro grupo amostral, que incluiu mulheres no puerpério imediato, ou seja, do 1º ao 10º dia pós-parto; as puérperas 7 a 12 pertenceram ao segundo grupo amostral, composto por mulheres no puerpério tardio, que corresponde do 11º ao 42º dia pós-parto; e as puérperas 13 a 16 formaram o terceiro grupo amostral, que abrangeu mulheres no puerpério remoto, isto é, do 43º ao 97º dia pós-parto.

Nesse sentido, também se observou a realização de cuidados diferentes em cada uma das etapas do puerpério, tanto em relação a si mesma, quanto ao bebê, a outros familiares e ao próprio domicílio, uma vez que a puérpera passa por diversas transformações durante este momento, e suas necessidades e a ajuda de que precisam para desempenhar seu novo papel podem se modificar.

O Quadro 7 mostra os dados referentes à situação conjugal, escolaridade, profissão/ocupação e religião das puérperas.

	<b>Puérpera</b>	<b>Situação conjugal</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão/ ocupação</b>	<b>Religião</b>
1º grupo amostral	<b>Puérpera 1</b>	Solteira	Ensino Médio completo	Atendente de caixa	Católica
	<b>Puérpera 2</b>	União consensual	Ensino Médio completo	Atendente de posto de gasolina	Católica
	<b>Puérpera 3</b>	Casada	Ensino Superior completo	Auxiliar administrativo	Espírita
	<b>Puérpera 4</b>	União consensual	Ensino Fundamental incompleto	Do lar	Evangélica
	<b>Puérpera 5</b>	União consensual	Ensino Fundamental incompleto	Do lar	Católica
	<b>Puérpera 6</b>	Casada	Ensino Médio completo	Desempregada	Católica
2º grupo amostral	<b>Puérpera 7</b>	União consensual	Ensino Médio completo	Desempregada	Evangélica
	<b>Puérpera 8</b>	União consensual	Ensino Médio completo	Desempregada	Católica
	<b>Puérpera 9</b>	Casada	Ensino Médio completo	Estudante	Espírita
	<b>Puérpera 10</b>	Casada	Ensino Médio completo	Auxiliar de produção	Católica
	<b>Puérpera 11</b>	União consensual	Ensino Médio incompleto	Costureira	Católica
	<b>Puérpera 12</b>	Casada	Ensino Médio completo	Desempregada	Católica
3º grupo amostral	<b>Puérpera 13</b>	Casada	Ensino Superior completo	Docente de artes	Católica
	<b>Puérpera 14</b>	União consensual	Ensino Superior incompleto	Assistente administrativo	Católica
	<b>Puérpera 15</b>	Solteira	Ensino Superior completo	Docente de biologia	Não tem
	<b>Puérpera 16</b>	Casada	Ensino Superior incompleto	Gerente de loja	Evangélica

QUADRO 7 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS, SEGUNDO SITUAÇÃO CONJUGAL, ESCOLARIDADE, PROFISSÃO/OCUPAÇÃO E RELIGIÃO

FONTE: Kalinowski (2011)

Destaca-se que a maioria das participantes vivia em união consensual ou era casada, o que mostra a presença do companheiro, pessoa que pode oferecer apoio e participar na realização dos cuidados. O Ensino Médio completo predominou, e nesse sentido, a escolaridade das mulheres também pode influenciar nos cuidados consigo e com a saúde do bebê.

As profissões/ocupações variaram, e quatro das participantes estavam desempregadas, o que revela a não contribuição no orçamento familiar e a dependência financeira do companheiro ou da família, o que pode gerar preocupações referentes ao futuro. A maioria das puérperas era católica e, neste

sentido, crê-se que a religião, durante o puerpério, compreendido como um período de mudanças, pode servir de apoio, por exemplo, para enfrentar dificuldades, bem como pode influenciar na realização de alguns cuidados.

O Quadro 8 apresenta alguns dados do domicílio das puérperas primíparas, como condições da moradia, número de habitantes e quais pessoas residiam neste local.

	<b>Puérpera</b>	<b>Condições da moradia</b>	<b>Número de habitantes</b>	<b>Residentes no domicílio</b>
1º grupo amostral	<b>Puérpera 1</b>	Casa própria, de madeira	05	Puérpera, bebê, pai, mãe e irmão
	<b>Puérpera 2</b>	Casa alugada, de madeira	04	Puérpera, bebê, mãe e companheiro
	<b>Puérpera 3</b>	Casa própria, de alvenaria	06	Puérpera, bebê, companheiro, pai, mãe e irmão
	<b>Puérpera 4</b>	Casa própria, de madeira (construção irregular)	03	Puérpera, bebê e companheiro
	<b>Puérpera 5</b>	Casa própria, de madeira	14	Puérpera, bebê, companheiro, avós, mãe, três irmãos, cunhada, dois primos e dois sobrinhos
	<b>Puérpera 6</b>	Casa própria, de alvenaria	06	Puérpera, bebê, companheiro, sogra, sogro e cunhado
2º grupo amostral	<b>Puérpera 7</b>	Casa alugada, de alvenaria	03	Puérpera, bebê e companheiro
	<b>Puérpera 8</b>	Casa própria, de alvenaria	07	Puérpera, bebê, companheiro, pai, mãe, irmão e amigo do irmão
	<b>Puérpera 9</b>	Casa própria, de alvenaria	03	Puérpera, bebê e companheiro
	<b>Puérpera 10</b>	Casa alugada, de alvenaria	03	Puérpera, bebê e companheiro
	<b>Puérpera 11</b>	Casa própria, de alvenaria	04	Puérpera, bebê, companheiro e mãe
	<b>Puérpera 12</b>	Casa própria, de alvenaria	06	Puérpera, bebê, companheiro, sogra, sogro e cunhada
3º grupo amostral	<b>Puérpera 13</b>	Casa própria, de alvenaria	03	Puérpera, bebê e companheiro
	<b>Puérpera 14</b>	Casa própria, de madeira	06	Puérpera, bebê, companheiro, sogra, cunhada e cunhado
	<b>Puérpera 15</b>	Casa própria, de alvenaria	06	Puérpera, bebê, mãe, pai, irmã e sobrinho
	<b>Puérpera 16</b>	Casa alugada, de madeira	04	Puérpera, bebê, companheiro e sobrinha

QUADRO 8 – DADOS DO DOMICÍLIO DAS PUÉRPERAS PRIMÍPARAS

FONTE: Kalinowski (2011)

A maioria das participantes vivia em casa própria, de alvenaria, o que indica melhor estabilidade econômica e financeira. O total de residentes variou de 3 a 14, e esses números mostram que as puérperas não se encontram sozinhas durante este período e interagem com diferentes pessoas em suas residências, sejam familiares ou amigos.

Os membros da família, durante o período pós-parto, podem auxiliar nos cuidados à puérpera, ao bebê e ao próprio domicílio, ao compartilharem conhecimentos e experiências, baseados em questões culturais, educacionais, socioeconômicas e religiosas. Por outro lado, tais familiares também podem exigir demandas da puérpera, isto é, ela pode ter que realizar alguns cuidados para eles.

#### 4.2 CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E ELEMENTOS DO FENÔMENO

A partir da coleta e análise dos dados, evidenciou-se o fenômeno **“Vivência do cuidado pela puérpera primípara no contexto domiciliar”**, no qual as puérperas primíparas vivenciam o cuidado no contexto domiciliar por meio do exercício do papel materno, da interação com familiares e amigos e ao (des)cuidar de si, conforme as três categorias “Exercendo o papel materno pela primeira vez” (categoria central), “Interagindo com familiares e amigos” e “Vivenciando o (des)cuidado de si”.

A partir destas três categorias, surgiram nove subcategorias e 28 elementos, presentes no Quadro 9. Cada categoria e suas subdivisões foram apresentadas por meio de diagramas, descritas e exemplificadas com trechos das entrevistas.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	ELEMENTO
Exercendo o papel materno pela primeira vez	Cuidando do bebê	Amamentando pela primeira vez
		Realizando cuidados referentes ao banho, troca de fralda e roupa, coto umbilical, choro e desconforto abdominal
		Citando as orientações de profissionais de saúde
		Buscando criar vínculo com o bebê e protegê-lo
	Avaliando seu desempenho como mãe	Sentindo-se insegura
		Adquirindo conhecimentos e habilidades
		Julgando-se preparada e segura
	Refletindo sobre o exercício da maternidade	Compreendendo as transformações pessoais, físicas, comportamentais e na rotina
		Considerando os aspectos positivos
		Visualizando os aspectos negativos
		Conseguindo cuidar do ambiente domiciliar
		Planejando o futuro
Interagindo com familiares e amigos	Recebendo ajuda e ensinamentos por parte dos familiares	Relatando a ajuda prática nos cuidados consigo e com o bebê
		Mencionando os ensinamentos sobre o cuidado de si e do bebê
		Comentando sobre a ajuda recebida para cuidar do domicílio
	(Des)cuidando dos familiares	Tendo cuidados com o companheiro e familiares
		Estando sem cuidar do companheiro
	Sendo cuidada pelos familiares	Descrevendo os cuidados que recebe por parte do companheiro
		Referindo os cuidados recebidos pelos familiares
	Percebendo o relacionamento com familiares e amigos	Elencando os aspectos positivos da relação com o companheiro e familiares
		Identificando os aspectos negativos da relação com o companheiro
		Acreditando ser importante manter contato com amigos
Vivenciando o (des)cuidado de si	Cuidando de si	Expondo os cuidados que realiza com sua saúde física
		Revelando as orientações recebidas de profissionais de saúde
		Cuidando-se emocional e espiritualmente
		Valorizando o cuidado de si
	Negando o cuidado de si	Deixando de cuidar de si para atender às demandas do bebê
		Dando significado positivo à falta de cuidado consigo

QUADRO 9 – CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E ELEMENTOS DO FENÔMENO  
 FONTE: Kalinowski (2011)

#### 4.2.1 Categoria “Exercendo o papel materno pela primeira vez”

Na categoria “Exercendo o papel materno pela primeira vez”, verificou-se que a puérpera realiza diferentes cuidados com o bebê, avalia seu desempenho como mãe pela primeira vez e reflete sobre diferentes aspectos que envolvem a experiência da maternidade. As subcategorias desta categoria encontram-se no Diagrama 2.

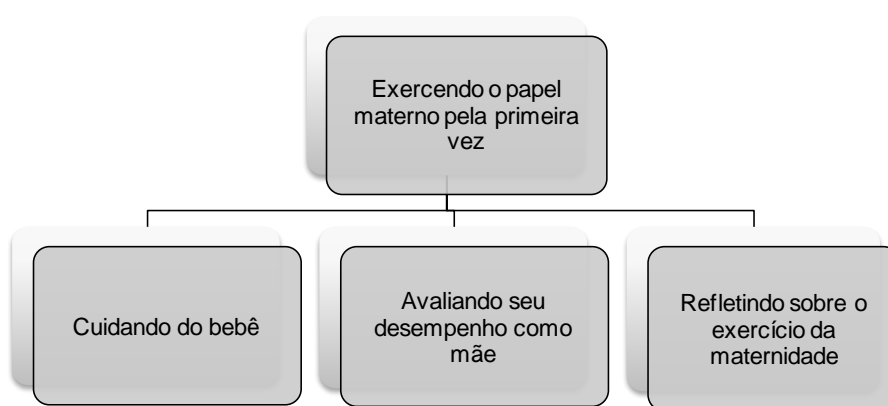


DIAGRAMA 2 – SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA “EXERCENDO O PAPEL MATERNO PELA PRIMEIRA VEZ”

FONTE: Kalinowski (2011)

##### 4.2.1.1 Subcategoria “Cuidando do bebê”

A subcategoria “Cuidando do bebê” abrangeu em especial os cuidados referentes à amamentação, ao banho, à troca de fralda e roupa, ao coto umbilical, ao choro e ao desconforto abdominal, e algumas orientações por parte de profissionais de saúde para auxílio na realização de tais cuidados. Esta subcategoria ainda englobou a ligação que a mãe começa a criar com o bebê e como ela procura protegê-lo a partir do vínculo estabelecido. Os elementos desta subcategoria estão no Diagrama 3.

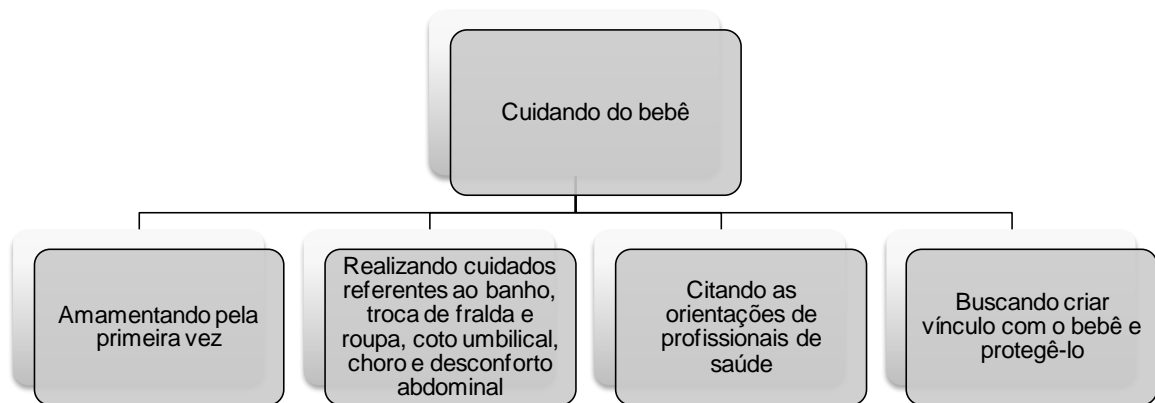


DIAGRAMA 3 – ELEMENTOS DA SUBCATEGORIA “CUIDANDO DO BEBÊ”  
 FONTE: Kalinowski (2011)

No elemento “Amamentando pela primeira vez”, a puérpera preocupa-se em amamentar o bebê; verificar se ele está com fome; como posicioná-lo após a amamentação, seja com o abdômen para cima, de lado ou com o tronco elevado; além de fazê-lo eructar.

Ah, cuidado de [...] quando amamentar, do jeito que põe para deitar, de barriga para cima, eu deixo ela [bebê] um pouco mais acima do travesseirinho dela, ela fica um pouquinho inclinada, de barriga para cima. Também procuro sempre fazer ela arrotar. (Puérpera 1)

Observa-se que ao amamentar o bebê, as puérperas conseguem identificar a frequência da amamentação e algumas reações dele, como acordar sozinho para mamar, esvaziar totalmente o seio, soltar o mamilo quando está satisfeito, entre outras.

Ele [bebê] acorda normalmente de duas em duas horas para mamar. Nem me preocupo com isso, porque sei que ele [bebê] vai acordar quando está com fome. (Puérpera 2)

Contudo, grande parte das participantes encontrou dificuldades relacionadas ao aleitamento materno, principalmente no que se refere ao posicionamento correto do bebê, ao aparecimento de fissuras mamilares e de ingurgitamento mamário, bem como à dor e ao sofrimento vivenciados.



Assim, na maternidade estava tudo bem, no primeiro dia. Depois começou a dar aquela rachadinha, daí doía assim para dar de mamar, assim, era um desconforto assim, eu sentia dor. (Puérpera 11)

Diante de tais dificuldades, as puérperas buscaram solucioná-las. Alguns cuidados foram desenvolvidos para tratar as fissuras mamilares, tais como banho de sol, passar leite materno e de vaca e pomada nos mamilos, bem como posicionar corretamente o bebê. Por meio destes cuidados, as participantes referiram melhora das fissuras mamilares.

Começou a rachar, mas daí eu comecei a tratar e daí foi sarando. Tratei com uma pomadinha [...] essa pomada foi boa mesmo, sarou rapidinho. (Puérpera 5)

Para a mama ingurgitada, foram relatados os cuidados de não tomar banho com água quente, ordenhar as mamas e estimular mais a amamentação e o esvaziamento dos seios.

O elemento “Realizando cuidados referentes ao banho, troca de fralda e roupa, coto umbilical, choro e desconforto abdominal” revelou os cuidados que as puérperas realizam com o bebê, além da amamentação, os quais vão sendo modificados de acordo com o crescimento e desenvolvimento do bebê.

Ao dar o banho, as participantes relataram alguns cuidados tais como: tampar o ouvido, evitar a entrada de corrente de ar no ambiente, dar banho todos os dias e escolher o melhor horário. Para a troca de fralda, há a preocupação com a troca frequente e em selecionar a melhor fralda para o bebê. Nos bebês que apresentam assadura, elas são tratadas com pomada e amido de milho a cada troca. Enquanto o bebê tem o coto umbilical, alguns cuidados são realizados, como limpar com álcool 70%, passar uma pomada indicada pelo médico e não molhar durante o banho.

[...] cuido na hora da fralda também, para não deixar passar muito tempo, muito tempo, né, que senão daí pode dar assadura. É [...] banho também eu que dou [...] mais esses cuidados básicos assim. Cuido com o umbigo, toda trocada de fralda a gente passa, eu passo álcool setenta, sempre quando vou fazer a troca de fralda, com a gaze, a gente passa bem passadinho. (Puérpera 1)

As puérperas referem também que cuidam da roupa que o bebê utiliza ao fazer a troca frequente e sempre usar roupa limpa, isto é, lavada e, principalmente, passada.

Eu troco a roupa dele [bebê] sempre, tenho sempre esse cuidado com a roupinha, só coloco roupa lavada e passada [...] eu tenho cuidado assim, para saber se as roupinhas dele estão limpas, sempre limpas, sabe? (Puerpera 2)

Além disso, as participantes, com a prática do dia a dia, começaram a interpretar o choro e a perceber que existem diferentes motivos para ele chorar, como calor, fralda molhada, desconforto abdominal, fome, dor, quando quer ficar no colo, na hora do banho e de manha. Ao saber o motivo pelo qual o bebê chora, as puérperas tentam acalmá-lo por meio de diferentes cuidados, como pegar no colo, balançar, amamentar, trocar a fralda, dar chupeta, entre outros.

Ele [bebê] chora quando faz xixi, na hora do banho. Aí eu pego ele no colo, tento acalmar, coloco chupeta, essas coisas. (Puerpera 5)

Um dos motivos do choro do bebê é o desconforto abdominal, que a puérpera acaba vivenciando. No início, ela não sabe bem como lidar com isso, mas com o tempo acaba descobrindo os cuidados que o aliviam, tais como amamentar, aquecer o abdômen do bebê, fazer massagem e dar medicamento.

Ele [bebê] tem bastante cólica, daí eu deixo ele no peito, porque ele fica desesperado e só fica no peito, no peito. Aí agora eu faço, eu coloco um paninho quente, dou lufal que o médico passou, tento fazer massagem nele com as perninhas [...] (Puerpera 2)

Para realizar alguns cuidados com seu filho, as puérperas relataram orientações recebidas de profissionais de Enfermagem e médicos da maternidade ou da US. Tais orientações eram sobre o alívio do desconforto abdominal; como dar banho, fazer higiene íntima e tratar as assaduras; amamentação; não tocar na fontanela; limpeza do coto umbilical e como promover um sono tranquilo, conforme o elemento “Citando as orientações de profissionais de saúde”.

Ah, a fazer arrotar, né? O que mais? A cuidar do ouvidinho também, que eles [profissionais de saúde] falam que não pode deixar cair água na hora do banho, né? Da moleirinha, que não pode deixar outra criança pegar [...] eles me explicaram lá no hospital que tem que fazer ela [bebê] pegar bem [abocanhar corretamente o seio] [...] e o umbiguinho, cuido bastante, estou passando um álcool que eles me deram. (Puerpera 4)

Frente a tais orientações, algumas citaram a sua importância e o seu seguimento diante da confiança depositada no profissional, explicando que isso facilitou a realização dos cuidados com o bebê.

Acho que as orientações que recebi de profissionais fizeram diferença, acho que isso me ajudou a cuidar do meu filho. (Puérpera 3)

Outras falaram da necessidade de mais apoio por parte dos profissionais, especialmente no que diz respeito à amamentação, complementando que apresentaram dificuldades justamente pela falta de orientação, pois como foi descrito anteriormente, a maioria das participantes apresentou fissuras mamilares ou ingurgitamento mamário.

Eu aprendi a cuidar dele [bebê] na prática assim, não tive uma preparação assim [...] foram bem poucas as orientações, tanto que de amamentar rachou o bico, tudo aquilo, porque você também está aprendendo a dar de mamar, ele [bebê] também, ele está aprendendo a abocanhar assim, mas eu saí da maternidade já tinha fissurado [...] (Puérpera 15)

De acordo com a fala acima, a puérpera refere que recebeu poucas orientações e devido a isso acabou desenvolvendo fissuras mamilares ainda no período em que estava na maternidade, além de citar que a amamentação é um processo de aprendizado tanto dela quanto do bebê e, desta forma, seria necessário mais apoio por parte dos profissionais.

No elemento “Buscando criar vínculo com o bebê e protegê-lo”, as puérperas referem a ligação que está sendo criada entre ela e o seu filho, os sentimentos envolvidos, como o bebê reage com sua presença, e a interação estabelecida entre eles por meio de conversa, sorriso, brincadeiras, carinho, canções de ninar, entre outros.

Eu canto para ele [bebê], fico só fazendo hum [...] hum [...] hum. Eu fico assim, toda hora [...] converso com ele, fico sempre brincando com ele. É, é essas coisas que eu faço para ele. (Puérpera 5)

A partir deste trecho da entrevista, constata-se que a puérpera busca interagir com o seu bebê, considerando isso uma forma de cuidado que procura ter durante este momento em sua vida, podendo até ser uma maneira de estimular o desenvolvimento do bebê, segundo a opinião das participantes.

Diante da criação deste vínculo, há a preocupação em proteger o bebê, e as participantes citaram alguns cuidados como vacinar; agasalhar adequadamente ou manter o domicílio fechado; atentar para alterações no corpo; e vigiar constantemente, não o deixando sozinho.

[...] mas daí eu estou sempre cuidando para ver, né? Ficando de olho, não dá para deixar ele [bebê] sozinho. Também procuro sempre ver se as dobrinhas dele estão assando ou não, porque, como ele é muito novinho, né, daí eu fico preocupada, olhando, o [...] “pipizinho”, se está sangrando, se está fazendo xixi. Ah, tem vários cuidados assim. (Puerpera 2)

O cuidado em vigiar e observar o bebê, seus comportamentos e qualquer alteração em seu organismo está presente na fala das participantes, demonstrando a preocupação em prevenir doenças e promover o bem-estar de seu filho.

Desta forma, percebeu-se por meio da subcategoria “Cuidando do bebê” que as participantes deste estudo amamentam seus filhos e têm alguns cuidados referentes ao aleitamento materno, apesar das dificuldades encontradas; dão banho; trocam a fralda e roupa; cuidam do coto umbilical; buscam interpretar e acalmar o choro, além de criarem um vínculo com o bebê. Para a realização de tais cuidados, algumas puérperas citaram orientações de profissionais de saúde. Outrossim, os dados contidos nesta subcategoria apareceram nas três fases distintas do puerpério, isto é, no puerpério imediato, no remoto e no tardio.

#### *4.2.1.2 Subcategoria “Avaliando seu desempenho como mãe”*

Na subcategoria “Avaliando seu desempenho como mãe”, ao cuidar do bebê, a puérpera faz uma autoavaliação relacionada ao exercício de seu papel materno pela primeira vez. Inicialmente há o sentimento de insegurança, mas ao adquirir conhecimentos e habilidades, ela acaba sentindo-se mais preparada e segura. Os elementos desta subcategoria podem ser observados no Diagrama 4.

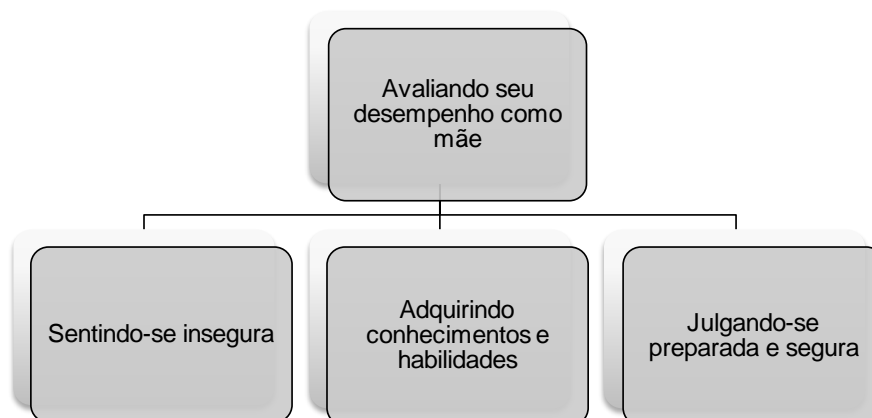


DIAGRAMA 4 – ELEMENTOS DA SUBCATEGORIA “AVALIANDO SEU DESEMPENHO COMO MÃE”

FONTE: Kalinowski (2011)

Nos primeiros dias pós-parto, como demonstrou o elemento “Sentindo-se insegura”, a puérpera fala do aparecimento de dificuldades, dúvidas e medo na realização dos cuidados com o bebê, justificando que isso se deve especialmente por ser seu primeiro filho. As principais dificuldades estavam relacionadas com o banho, troca de fralda, cuidados com o coto umbilical e identificação dos motivos do choro. Frente a tais dificuldades, as participantes sentiam-se nervosas e preocupadas.

[...] tenho essa dificuldade, tenho medo de trocar ela [bebê] e machucar ela, né? E de dar banho também, nossa, que medo de, de derrubar ela da banheira, meu Deus! (Puérpera 4)

Eu tive um pouco de dificuldade, assim, no começo, ela [bebê] chorava muito, eu não sabia por que ela chorava. Eu estava esgotada, eu não estava conseguindo, eu não estava conseguindo lidar com essa situação [...] (Puérpera 16)

Para enfrentar as dificuldades mencionadas, as participantes acabaram adquirindo conhecimentos e prática para cuidar do bebê, segundo o elemento “Adquirindo conhecimentos e habilidades”.

Os cuidados com o bebê foram aprendidos com a prática, por instinto ou por meio de orientações de familiares e profissionais de saúde. Elas começaram a conhecer o seu filho e suas ações e reações diante de determinada situação. Além disso, alguns conhecimentos foram obtidos, como a importância da troca da fralda e das vacinas, os motivos do desconforto abdominal e do choro, os benefícios do aleitamento materno e as causas de fissuras mamilares, entre outros.

Então, quinta-feira ele [bebê] tem o pediatra, né? Então, daí já vai ser a primeira vacina dele, que é a BCG. Ele já tomou uma vacina no hospital, que foi a de hepatite, mas daí agora eu vou dar continuidade nas vacinas dele, porque a vacina é uma coisa muito importante para a criança, porque evita doença, né? Para mim, são muito importantes as vacinas. (Puérpera 5)

Percebe-se que puérperas adquiriram conhecimento e prática também ao acompanhar o crescimento e o desenvolvimento do bebê, uma vez que elas buscam saber, por exemplo, se o bebê cresceu e engordou. Ademais, as mães identificam mudanças no bebê com o passar do tempo. Nas transformações físicas, foram citadas alterações na fisionomia e queda de cabelo. Nas mudanças comportamentais, destacam-se o aumento do tempo que o bebê permanece acordado durante o dia, o sorriso, os sons emitidos, o reconhecimento das pessoas, a questão de acompanhar os movimentos com o olhar, ou seja, o bebê está mais ativo.

Eu já percebi que ele [bebê] quer conversar, e você fala e ele presta atenção, parece que ele quer entender tudo o que você fala [...] ele conhece assim já as pessoas, ele está muito esperto, muito diferente, muito espertinho. (Puérpera 14)

Especialmente por causa das modificações comportamentais, as puérperas necessitam ter outros cuidados com o bebê, como ter que interagir mais, permanecer com ele mais tempo no colo e mostrar objetos para distraí-lo. Desta forma, conhecendo melhor seu filho, as puérperas passam a desenvolver habilidades, como, por exemplo, dar o banho ou trocar a fralda e roupa.

Eu aprendi com a prática, no dia a dia, fui fazendo e fui aprendendo. Dar banho, trocar fralda, essas coisas eu aprendi fazendo, trocar roupa, botar roupa. (Puérpera 8)

A partir da fala desta participante, percebe-se a questão da prática adquirida no dia a dia, isto é, o cuidado é aprendido principalmente em seu cotidiano, especialmente no que diz respeito a dar o banho, trocar a fralda e vestir.

Com isso, as participantes afirmaram que se sentem preparadas, conforme o elemento “Julgando-se preparada e segura”, no qual elas relatam maior confiança, e que, vencidas as dificuldades iniciais, consideram fácil cuidar do bebê.

[...] eu me sinto segura e acho que o meu cuidado com ele [bebê] é completo, é total. (Puerpera 7)

Além disso, de acordo com a fala acima, por se sentirem mais seguras, as puérperas também consideram o cuidado que têm com seu filho completo, ou seja, neste momento, elas conseguem atender a todas as necessidades e demandas do bebê, uma vez que têm mais habilidades e conhecimentos.

Outro motivo que colabora para essa segurança é a experiência anterior nos cuidados com outros bebês, ou seja, por observar/acompanhar outras pessoas cuidando de bebês, seu papel como mãe se tornou mais fácil.

[...] eu não tenho dificuldade, até que eu estou bem instruída. É que eu tenho também a minha cunhada, e a minha cunhada, eu tenho uma sobrinha de cinco meses, então eu vivia lá quando [...] quando a neném nasceu, né? E daí eu ia olhando, ia pesquisando, porque daí eu já estava grávida, né? Mas é [...] só de olhar [...] não tenho dificuldade nenhuma. (Puerpera 1)

Em síntese, a subcategoria “Avaliando seu desempenho como mãe” demonstrou que no puerpério imediato as participantes apresentaram dúvidas e dificuldades para cuidar do bebê. Com o intuito de superar tais desafios, elas adquiriram conhecimentos e habilidades, principalmente com a prática do dia a dia ou por meio de orientações de familiares e profissionais de saúde, questões essas observadas nas três fases do pós-parto. Assim, com o passar do tempo e até mesmo por causa de experiência anterior nos cuidados com bebês, as puérperas sentiam-se mais seguras e confiantes, fato também constatado nas três fases deste período.

#### *4.2.1.3 Subcategoria “Refletindo sobre o exercício da maternidade”*

A subcategoria “Refletindo sobre o exercício da maternidade” contemplou as reflexões que as participantes desta pesquisa fizeram diante do fato de cuidarem do bebê e desempenharem seu papel de mãe, citando as mudanças vivenciadas, os aspectos positivos e negativos desta experiência, o cuidado que precisam ter com

seu domicílio e a preocupação com o futuro. Os elementos desta subcategoria são apresentados no Diagrama 5.

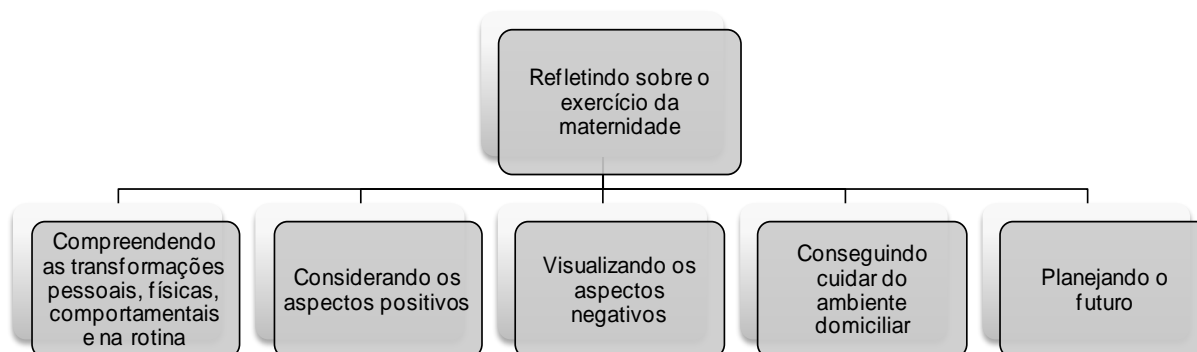


DIAGRAMA 5 – ELEMENTOS DA SUBCATEGORIA “REFLETINDO SOBRE O EXERCÍCIO DA MATERNIDADE”

FONTE: Kalinowski (2011)

No elemento “Compreendendo as transformações pessoais, físicas, comportamentais e na rotina”, estão presentes as principais transformações ocorridas da vida das participantes desta pesquisa, sejam elas pessoais, físicas, comportamentais ou na rotina.

Em relação às transformações pessoais, as participantes referiram que se tornaram mais mulheres, cuidadosas, sensíveis e tranquilas com a maternidade, além de repensarem o sentido da vida. Outrossim, houve maior amadurecimento por ser responsável por uma vida, e algumas relataram que se transformaram em pessoas melhores e modificaram alguns hábitos, como parar de fumar e de beber.

[...] você amadurece, você vê, tipo, que a realidade já é outra, né, tipo, porque é uma vida para cuidar, né, para sempre assim. Então tipo, a preocupação aumenta, né, tipo assim. Tem que ter mais responsabilidade, responsabilidade acima de tudo, é o que eu mais vou ter agora. (Puérpera 7)

Também foram citadas mudanças físicas, como o desconforto e a dor devido à episiorrafia ou à cicatriz cirúrgica, principalmente nos primeiros dias. Algumas também se sentiam mais cansadas porque seu padrão de sono foi alterado, uma vez que dormiam pouco devido aos horários frequentes da amamentação.

Aquelas participantes que estavam nos quarenta dias após o parto revelaram mudanças comportamentais, pois deixaram de fazer determinadas atividades,



principalmente por orientação de seus familiares, como não lavar os cabelos, sair no sereno ou “pegar friagem”, não ter relações sexuais e não fazer esforço físico ou carregar peso.

Como eu estou de dieta coisa pesada eu não estou fazendo, não estou cozinhando, não estou abrindo a geladeira, diz a minha irmã que tem que se cuidar, não posso tomar friagem e tal. E o cabelo eu ainda não lavei, daí não pode lavar o cabelo, tipo, é [...] não lavou no primeiro dia no hospital você não pode lavar depois, né? (Puérpera 10)

Alguns destes cuidados, como não lavar os cabelos, sair no sereno ou “pegar friagem”, revelam crenças transmitidas por familiares sobre a importância de manter o equilíbrio entre frio e calor no organismo da puérpera, a fim de evitar o aparecimento de doenças.

Com relação às mudanças em sua rotina, as participantes perceberam transformações com o nascimento do bebê ou que até mesmo que não há uma rotina determinada, pois estão em um período de adaptação que exige tempo.

Eu ainda não [...] a gente ainda não está com um ritmo bem certinho, cada dia vai melhorando, mas ainda não tem uma rotina. (Puérpera 15)

Uma das modificações citadas foi o fato de ficarem mais tempo dentro de casa, especialmente por causa dos cuidados que o bebê exige. Como consequência, as puérperas acabam diminuindo os momentos de lazer e distração, como sair com amigos, ir ao parque, fazer exercícios, entre outros, principalmente nos primeiros dias após o parto. Essa questão foi avaliada negativamente, pois as participantes referiram que sentem falta do lazer.

Eu senti um pouquinho de falta [do lazer], né, porque é bom a gente fazer o que gosta, né, tipo, fazer caminhada, eu sempre gostava de ir nos parques assim, daí faz falta. (Puérpera 10)

Contudo, mesmo considerando a falta de lazer como algo negativo, as participantes compreendem que isso é algo que faz parte do momento pelo qual estão passando e que, com o tempo, o lazer pode ser retomado, juntamente com a presença de seu filho.

Outras atividades que a puérpera deixa de fazer, não por estar nos quarenta dias pós-parto, mas sim por estar no puerpério, foram cuidar da casa, trabalhar ou

fazer exercícios físicos e tingir o cabelo ou pintar as unhas. Tais cuidados revelam a preocupação da puérpera principalmente com seu bem-estar físico e o do bebê.

Eu não pinte mais o cabelo, por causa da tinta, né? Também não fiz mais as unhas. E cuidar da casa tenho deixado um pouco de lado, não posso fazer muita força ainda [...] (Puérpera 4)

Entretanto, com o passar dos dias, as puérperas começaram, aos poucos, a retomar algumas atividades, como voltar a trabalhar, a estudar ou a ir ao supermercado, à medida que se sentiam mais dispostas e mais bem adaptadas ao novo papel de mãe.

Como observado na fala das participantes, para poder sair de casa, as puérperas, agora que se tornaram mães, precisam programar-se e organizar-se antecipadamente, por exemplo, tendo que arrumar uma bolsa para o bebê.

[...] é mais difícil sair agora porque é uma programação tremenda, assim. Quando for sair, primeiro tem que ter uma bolsa com tudo, com muda de roupa, porque vai vazar o cocô e tem que limpar, tem que ter uma bolsa para colocar um monte de coisa para ele [bebê]. (Puérpera 15)

Com base na fala acima, percebe-se a dificuldade que a mãe pode enfrentar, por exemplo, para retomar algumas atividades de lazer, devido às necessidades do bebê. Mesmo assim, constata-se que essa questão exige tempo para adaptação da puérpera.

Ademais, o nascimento do bebê trouxe várias pessoas à casa das puérperas para conhecê-lo, tanto parentes quanto amigos. Algumas participantes perceberam essas visitas como positivas, pois havia troca de experiências e eram momentos de distração, mas outras consideraram algumas visitas negativas, uma vez que tinham a impressão que determinadas pessoas poderiam desejar ou até fazer algo de ruim para seu filho.

Diante de todas essas transformações, as puérperas analisam a maternidade tanto positiva quanto negativamente. O lado positivo desta experiência está no elemento “Considerando os aspectos positivos”, em que “ser mãe” é percebido como uma experiência boa, positiva, maravilhosa, prazerosa, que proporciona à mulher a aquisição de conhecimentos, como citado anteriormente. Os sentimentos positivos citados foram tranquilidade, motivação, alegria e felicidade.

Ser mãe tem sido maravilhoso até agora, acho que vai ser bem, bem gostoso. Se eu soubesse, tinha sido antes. Está sendo muito bom, estou bem feliz. É tudo de bom, não tem nada de negativo. (Puerpera 13)

A partir desta fala, também se verificou que algumas puérperas somente percebem os aspectos positivos da maternidade e negam que haja algo de negativo em ser mãe, e, devido a isso, afirmam que poderiam até ter antecipado uma gravidez.

Outro aspecto avaliado positivamente foi a amamentação, considerada algo marcante, gostoso, emocionante, prazeroso. Além disso, houve o desejo de continuar com o aleitamento materno por mais de seis meses, por causa da compreensão da importância e dos benefícios do aleitamento materno e da ligação estabelecida entre mãe e filho.

Amamentar foi legal, foi gostoso, eu achava que eu não ia conseguir, eu achava que, sei lá, que ia doer, que eu não ia gostar, mas não, foi bem tranquilo, foi bem bom, bem bom, bem prazeroso, bem gostoso, assim, saber que é você que dá [...] por isso que eu não quero que ele [bebê] saia do peito, é tão importante, eu acho que é uma ligação tão legal, tão bonita, não quero que ele saia. (Puerpera 12)

O lado negativo faz parte do elemento “Visualizando os aspectos negativos”, em que foram elencadas as dificuldades enfrentadas, o cansaço e o desconforto físico, especialmente com relação às fissuras mamilares e à episiorrafia. Os sentimentos negativos foram ansiedade, preocupação e estresse.

Olha, o lado físico [da maternidade] está sendo difícil porque [...] me sinto muito cansada, tenho dormido pouco. Além disso, eu levei muito ponto lá em baixo [episiorrafia], porque ele [bebê] era muito grande, nasceu de quatro, duzentos e trinta. Então essas duas coisas estão sendo assim um pouquinho complicadas, sinto cansaço e dor [...] por causa dos pontos estava doendo para sentar, para levantar, estava incomodando, né? (Puerpera 3)

Com base nesta fala, percebe-se que, de forma geral, o lado negativo da maternidade corresponde aos desconfortos físicos que a puérpera vivencia, como cansaço pela falta de sono e dor por causa de episiorrafia, cesárea ou fissuras mamilares.

Destaca-se, contudo, que mesmo citando os aspectos negativos as participantes afirmaram que os pontos positivos eram mais importantes e que compensavam as experiências ruins. Além disso, algumas participantes

consideraram a amamentação uma experiência ruim, especialmente por causa do aparecimento de fissuras mamilares.

[...] rachou muito [o mamilo], ficou em carne viva, fez casquinha, ele [bebê] mamava, sangrava, era horrível. Foi horrível, assim, eu chorava dando de mamar, então foi bem difícil [amamentar], nos primeiros dias [...] (Puerpera 9)

Apesar disso, as puérperas relataram que também precisam dar conta de seu domicílio e no elemento “Conseguindo cuidar do ambiente domiciliar” as participantes da pesquisa, especialmente aquelas que moram apenas com o companheiro, citaram alguns cuidados relacionados à higiene, limpeza e organização do domicílio, como limpar e arrumar, lavar a louça e a roupa, passar a roupa, cuidar dos animais domésticos, além de cozinhar.

Aqui em casa, eu lavo a louça, às vezes faço comida, assim, arrumo os quartos, ponho a roupa do meu filho para lavar, faço o que eu posso assim [...] vou lá, dou comida para os cachorros, limpo as necessidades deles. (Puerpera 11)

Eu cuido realmente para que fique tudo sempre limpo. Eu tenho cachorro, então eu fico evitando, porque ele sobe em cima de tudo, ele tem livre acesso a tudo aqui. Então eu evito de deixar ele subir aonde ele possa, a gente possa colocar o bebê. Então o único cuidado que eu estou tendo realmente assim, de, com questão de higiene, né, para evitar realmente algum problema que ele [bebê] possa ter. (Puerpera 3)

Outra questão que merece destaque, de acordo com esta fala, é o fato de que tais cuidados com o domicílio eram realizados a fim de evitar o aparecimento de algum problema de saúde no bebê.

Algumas puérperas também cozinham ou auxiliam um familiar no preparo das refeições. Entretanto, esses cuidados normalmente são realizados quando a mãe consegue arranjar tempo, ou seja, enquanto o bebê está dormindo ou quando algum familiar está cuidando dele.

A partir do momento em que se torna mãe, a mulher começa a preocupar-se com o seu futuro, com o de sua família, mas especialmente com o de seu filho, conforme o elemento “Planejando o futuro”. A puérpera primípara, ao ter um ser que depende dela, preocupa-se com alguns aspectos referentes ao futuro e revela planos, tais como voltar a estudar, começar a trabalhar e procurar uma nova casa para morar, além de desejar ter outros filhos.

Uma forma de conseguir alcançar isso é melhorando ou aumentando a renda mensal, pois, como pode ser constatado no Quadro 7, quatro participantes estavam desempregadas. Por ser mãe, agora ela pensa no futuro de seu filho e quer oferecer o melhor para ele, especialmente no que diz respeito a uma boa educação. Assim, algumas puérperas estavam começando a procurar creche ou escola para colocar seu filho.

Eu quero dar o melhor para ele [bebê], tem que dar o melhor para ele, tiro de mim para dar para ele [...] eu, se puder, vou colocar ele em escolinha particular [...] então tudo de melhor [...] eu penso nele, assim, sabe, tenho uma preocupação bem grande com o futuro. (Puérpera 14)

Eu e meu marido estamos nos organizando no sentido de, da parte financeira também, né? Eu já estou vendo já a possibilidade de trabalhar com ele, para poder aumentar um pouco mais essa renda, né? Para poder proporcionar ao meu filho a [...] para ele ter um plano de saúde, poder futuramente colocar ele numa escolinha e dar tudo do bom e do melhor. (Puérpera 3)

Na subcategoria “Refletindo sobre o exercício da maternidade” as puérperas perceberam diferentes transformações ocorridas em sua vida, como as pessoais, as físicas, as comportamentais e as na rotina. Além disso, a maternidade e, em específico, a amamentação foram avaliadas principalmente como positivas, mas também foram citados alguns aspectos negativos de tais experiências, como as dificuldades, o cansaço e o desconforto físico, este último por causa da episiorrafia, cesárea ou fissuras mamilares.

Mesmo assim, foram relatados certos cuidados realizados no domicílio pelas participantes e, por fim, houve ainda a preocupação da puérpera com seu futuro, com o de sua família e especialmente com o de seu filho. Destaca-se que os dados dessa subcategoria apareceram nas três fases do pós-parto.

#### 4.2.2 Categoria “Interagindo com familiares e amigos”

Ao exercer o papel materno, ocorrem interações entre a puérpera e familiares e amigos. Na categoria “Interagindo com familiares e amigos”, ao vivenciar a maternidade pela primeira vez e devido ao fato de que os cuidados no período pós-

parto ocorrem essencialmente em âmbito domiciliar, foram abordados diferentes aspectos referentes às pessoas que convivem com a puérpera no domicílio. Estas pessoas de seu convívio podem ser visualizadas no Quadro 8, mostrado anteriormente.

As participantes descreveram a ajuda e os ensinamentos recebidos por parte dos familiares em relação aos cuidados consigo, com o bebê e com o domicílio, o (des)cuidado que elas dispensam ou recebem deles, além das interações que ocorrem não só com os familiares, mas também com amigos. Esta categoria e suas subcategorias são apresentadas no Diagrama 6.

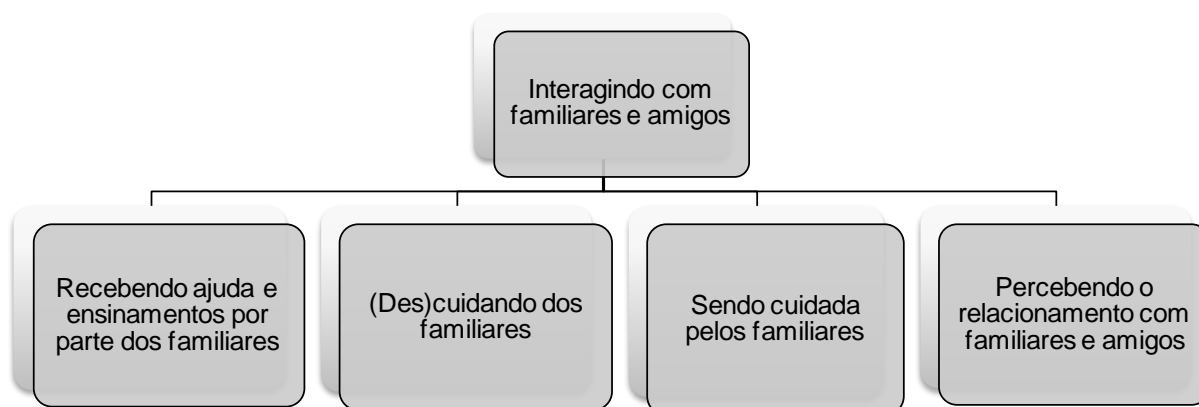


DIAGRAMA 6 – SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA “INTERAGINDO COM FAMILIARES E AMIGOS”

FONTE: Kalinowski (2011)

#### 4.2.2.1 Subcategoria “Recebendo ajuda e ensinamentos por parte dos familiares”

Na subcategoria “Recebendo ajuda e ensinamentos por parte dos familiares”, as participantes da pesquisa relataram como os familiares as auxiliam a cuidar de si, do bebê e do domicílio durante o período pós-parto, sendo este apoio considerado importante e influente. Os elementos desta subcategoria podem ser observados no Diagrama 7.

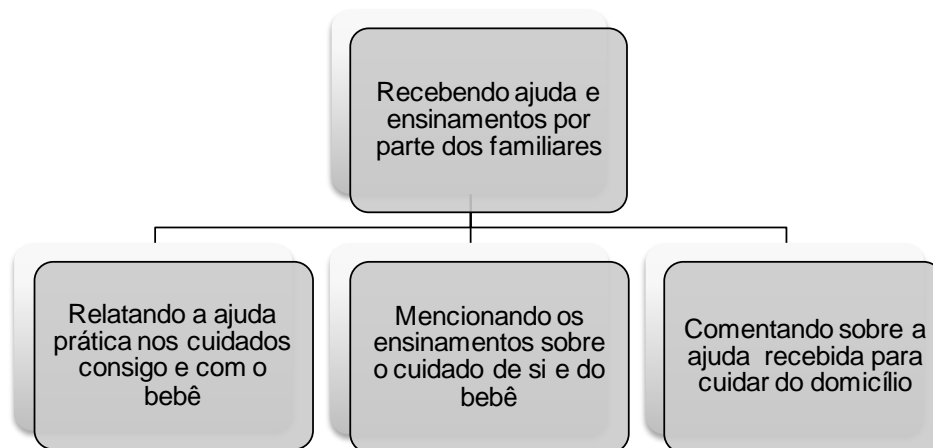


DIAGRAMA 7 – ELEMENTOS DA SUBCATEGORIA “RECEBENDO AJUDA E ENSINAMENTOS POR PARTE DOS FAMILIARES”  
 FONTE: Kalinowski (2011)

O elemento “Relatando a ajuda prática nos cuidados consigo e com o bebê” mostrou primeiramente o auxílio que os familiares oferecem à puérpera no cuidado de si. Por um lado, as participantes conseguem cuidar-se enquanto algum familiar está com o bebê, pois caso ele chore, por exemplo, elas não necessitam interromper o que estavam fazendo para atendê-lo. Assim, há mais tempo para tomar banho, ir ao banheiro, alimentar-se ou descansar quando seu filho está sob a supervisão de outra pessoa.

[...] para tomar banho, eu tenho que esperar o pai dele [bebê] chegar ou minha mãe chegar, para poder tomar banho assim, aí eu tenho mais tempo, eles [companheiro e mãe] me ajudam nesse sentido. (Puérpera 2)

Por outro lado, há a ajuda propriamente dita no cuidado de si, e as participantes citaram o auxílio do companheiro ou da mãe para cuidar da episiorrafia ou da ferida operatória, por estar em local de difícil visualização da puérpera e/ou por exigir cuidados especiais, como secar bem ou passar algum medicamento.

[...] o meu marido me ajudou [a cuidar de si], ele foi passado um spray nos pontos lá de baixo [episiorrafia], porque estava me cutucando, daí ele que colocava esse spray para mim, que é para cicatrizar os pontos. (Puérpera 6)

Este elemento ainda revelou o auxílio de diferentes familiares na realização de alguns cuidados com o bebê, como avó, cunhada, sogra, irmã, irmão, pais, sobrinha, prima e tia, que ajudam a segurar o bebê no colo, a vigiar, dar banho, trocar a fralda e acalmar o choro.

Quando ele [bebê] nasceu, eu tive ajuda de todo mundo, ajuda da minha mãe, da minha avó. A minha irmã também ajuda quando ela chega do serviço. Então, é todo mundo aqui ajudando um pouco, entendeu? E tem o meu irmão também, né? Eles querem estar cuidando também, pegando no colo, dando banho, essas coisas. (Puérpera 5)

As participantes referiram de forma especial a ajuda do companheiro, com destaque para o auxílio no banho, troca de fralda, segurar no colo e acalmar o bebê por meio da conversa. A mãe da puérpera normalmente esclarecia suas dúvidas, lembrava-a de realizar alguns cuidados e também supervisionava, além de ajudar no banho, na troca de fralda e nos cuidados com o coto umbilical.

A minha mãe me ajuda a trocar a fralda, a dar uma olhada no bebê [...] também qualquer dúvida eu pergunto para ela, sempre que eu preciso ela tira algumas dúvidas que eu tenho sobre os cuidados com ele [bebê]. (Puérpera 1)

Esse apoio dos familiares foi percebido pelas participantes como bom, positivo e importante durante a vivência da maternidade pela primeira vez, pois facilitou o desempenho do papel materno e proporcionou a elas a oportunidade de desenvolver outras atividades ou outros cuidados consigo ou com o domicílio, não ficando somente atrelada aos cuidados e necessidades do bebê.

[...] meus pais ajudam [a cuidar do bebê], meu irmão, principalmente meu marido, todos, graças a Deus tenho eles perto [...] eles ajudam no banho, na troca de fralda, a segurar no colo, a vigiar, cada um faz um pouquinho para ajudar. Se não fossem eles, meu Deus, ia ser bem mais cansativo, com certeza ia ser mais difícil cuidar dele [bebê] sem eles [familiares] [...] (Puérpera 9)

Além da ajuda prática, existem os ensinamentos que as puérperas recebem para cuidar de si e do bebê. No elemento “Mencionando os ensinamentos sobre o cuidado de si e do bebê”, percebeu-se que com relação ao cuidado de si foram elencadas orientações sobre o equilíbrio entre frio e calor no organismo da mulher; os cuidados com as mamas, como, por exemplo, fazer massagem para diminuição do ingurgitamento mamário; a importância do repouso; evitar fazer esforço físico; alimentação; e higiene pessoal.

Meus familiares falaram para eu não pegar peso, cuidar da alimentação, falaram para eu não comer feijão, refrigerante, estou tomando mais água e



iogurte, porque eles [familiares] ensinaram [...] e também ter higiene, né, mas não existe aquela história de que não pode tomar banho, aquilo lá é passado. Então é isso, alimentação, higiene e não carregar peso. (Puérpera 6)

Com relação a esses ensinamentos, alguns mitos e tabus foram citados, como não receber o ar frio da geladeira, não lavar o cabelo durante a quarentena e não amamentar o bebê se o abdômen da puérpera estiver quente.

A minha irmã mais velha, né, que ela já tem três filhos, né, é que me ensina algumas coisas. Hoje, como eu fiquei sozinha, eu liguei para ela e eu perguntei se eu podia abrir a geladeira, né, daí ela disse que eu podia, mas de lado, não diretamente, que eu não podia ficar tomando muito ar frio [...] daí ela [irmã] falou que na hora de cozinhar também, tipo, se eu ficar com a barriga muito quente no fogão, não era para dar de mamar logo para ela [bebê], né, para esperar esfriar. (Puérpera 10)

No que diz respeito aos cuidados com o bebê, as puérperas descreveram os ensinamentos recebidos sobre: como amamentar corretamente; o desconforto abdominal e como aliviá-lo (oferecer chá ou funchicória ao bebê); como cuidar do coto umbilical e das assaduras; como evitar o choro excessivo, dar banho, segurar e vesti-lo apenas com roupas passadas.

[...] quando eu tenho alguma dúvida, eu pergunto para alguém da minha família. Tipo, quando ele [bebê] teve essas assadurinha nele, a minha prima disse para eu passar hipoglóss e então melhorou bastante [...] ela também me orientou muito do umbiguinho, para cuidar, a limpar bem com o cotonete, passar o álcool setenta [...] e dos ouvidinhos, na hora do banho, para não deixar entrar água. (Puérpera 7)

Como a puérpera demora um tempo para se reorganizar e como a prioridade inicialmente é o bebê, muitas vezes há a necessidade da ajuda de outras pessoas para os cuidados com o domicílio. Nesta pesquisa, as puérperas recebem auxílio principalmente da mãe, do pai e do companheiro para limpar a casa, preparar refeições, lavar e secar roupa, segundo o elemento “Comentando sobre a ajuda recebida para cuidar do domicílio”.

[...] antes eu cuidava da casa, né, depois com o neném, que nem eu te falei, fica difícil. Então eu pedi para os meus parentes virem me ajudar com a casa, com comida, né, por causa dele [bebê]. (Puérpera 7)

O meu marido e a minha sobrinha é que me ajudam a cuidar da casa, eles limpam, cozinham, lavam a louça, essas coisas. (Puérpera 16)

Essa ajuda para cuidar da casa também é percebida como importante e boa, pois as participantes afirmam que às vezes não dão conta e necessitam do auxílio de outras pessoas, pois há a preocupação principalmente em manter o ambiente domiciliar limpo e organizado.

Por meio da subcategoria “Recebendo ajuda e ensinamentos por parte dos familiares”, constatou-se que as participantes receberam ajuda e ensinamentos por diferentes familiares, para cuidar de si, do bebê e de seu domicílio, com destaque para seu companheiro e sua mãe, tanto no puerpério imediato, quanto no tardio e no remoto. Este apoio foi considerado importante, uma vez que as auxiliou no desempenho de seu papel materno, bem como envolveu os familiares no cuidado.

#### 4.2.2.2 Subcategoria “(Des)cuidando dos familiares”

Além de receberem ajuda e ensinamentos, as puérperas também cuidam de outras pessoas, conforme a subcategoria “(Des)cuidando dos familiares”, que revelou a preocupação das participantes desta pesquisa em cuidar das pessoas de seu convívio familiar, mas também demonstrou a falta de cuidado em relação ao companheiro. Os elementos desta subcategoria estão presentes do Diagrama 8.

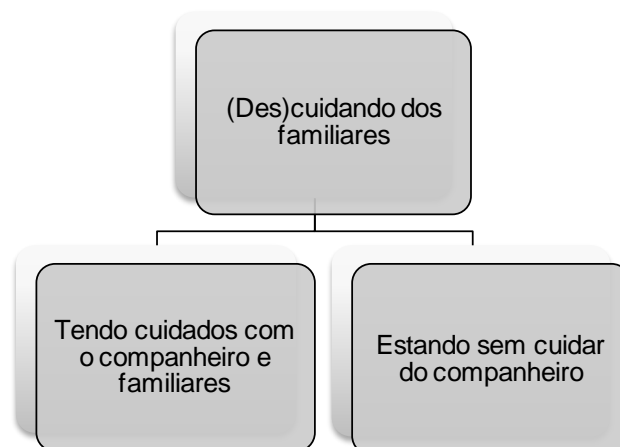


DIAGRAMA 8 – ELEMENTOS DA SUBCATEGORIA “(DES)CUIDANDO DOS FAMILIARES”  
 FONTE: Kalinowski (2011)

Mesmo tendo que atender às demandas do bebê e cuidar do domicílio, algumas puérperas desta pesquisa relataram os cuidados que têm com o

companheiro e familiares no elemento “Tendo cuidados com o companheiro e familiares”. Com relação ao companheiro, as puérperas citaram os cuidados de preparar refeições, levar café da manhã na cama e dar carinho e atenção, especialmente como forma de retribuição pela ajuda recebida nos cuidados com o bebê.

Eu cuido dele [companheiro] sempre que eu posso, né, mas assim, tudo o que eu posso assim fazer para ele eu faço, que nem a [...] é [...] ele chega tarde, daí às vezes a comida, né, eu vou, arrumo tudo, preparo a comida, então tudo o que eu posso fazer eu faço, para fazer um agrado pelo menos, né? (Puérpera 9)

Eu fico conversando com ele [companheiro], fico assistindo TV com ele no quarto, sempre tento dar atenção para ele. (Puérpera 11)

No que diz respeito aos familiares, as participantes citaram a preocupação com a saúde e bem-estar principalmente de seus pais, levando-os a consultas médicas, atendendo às suas necessidades, entre outros. Outra questão revelada foi o fato de cuidarem de seus pais por estes serem pessoas idosas.

Tenho mais cuidados com a minha mãe, vejo se ela precisa de alguma coisa, levo ela no médico [...] que nem, a gente levou ela para tomar a vacina da gripe [...] (Puérpera 13)

Ah, eu tenho cuidados principalmente com meu pai e com minha mãe, porque eles são idosos, então eu tenho a preocupação, né, com a saúde deles. (Puérpera 15)

No elemento “Estando sem cuidar do companheiro”, algumas participantes, diferentemente do observado no elemento anterior, afirmaram que têm deixado de cuidar do companheiro devido à falta de tempo, uma vez que a prioridade, principalmente durante os quarenta dias pós-parto, é cuidar do bebê. Contudo, elas acabaram refletindo sobre esta questão durante as entrevistas, consideraram isso ruim e comentaram até que iriam melhorar este aspecto em sua vida.

[...] não, eu confesso que não, não tenho cuidado dele [companheiro] não. Não tenho dado muita atenção para ele, coitadinho, mais para minha filha agora, né? Não sei se estou fazendo certo [...] devo estar fazendo errado, né, com certeza, coitadinho, vou tentar melhorar essa parte. (Puérpera 10)

[...] não, não tenho cuidado dele [companheiro], que nem, eu cuidava das roupas dele, das coisas dele, já não tenho mais feito isso. É mais o neném, agora não dá, até eu me adaptar com o neném e conseguir conciliar as coisas não dá. (Puérpera 12)

Ademais, as puérperas ainda referiram que os próprios companheiros, diante da falta de cuidados dispensados a eles, compreendem e aceitam tal situação, uma vez que sabem que este momento é repleto de transformações e exige tempo para adaptações.

[...] ele [companheiro] entende bem, ele sabe que agora, que agora não dá para eu ficar cuidando dele, que até eu me adaptar com o neném leva um tempo, mas ele entende. (Puérpera 12)

Assim, os dados da subcategoria “(Des)cuidando dos familiares” revelaram alguns cuidados que as puérperas têm com seu companheiro e familiares, principalmente com seus pais, questão observada mais no puerpério tardio e no remoto. Contudo, especialmente no pós-parto imediato e no tardio, devido à falta de tempo e como a prioridade acaba sendo o bebê, certas participantes relataram a falta de cuidado em relação ao companheiro.

#### 4.2.2.3 Subcategoria “Sendo cuidada pelos familiares”

As participantes não só cuidam, mas também são cuidadas por familiares e companheiro, de acordo com a subcategoria “Sendo cuidada pelos familiares”. Esta subcategoria e seus elementos estão representados no Diagrama 9.

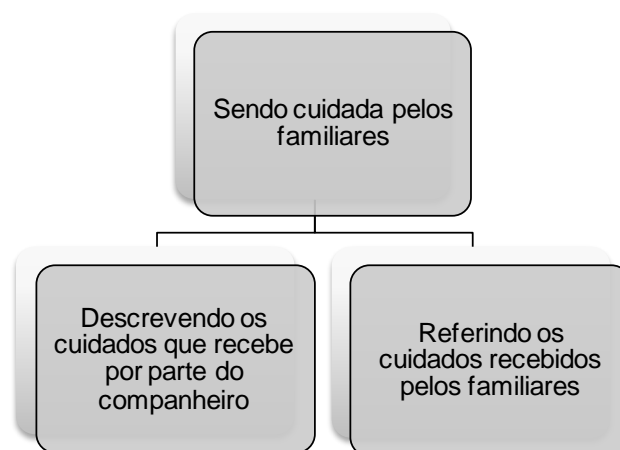


DIAGRAMA 9 – ELEMENTOS DA SUBCATEGORIA “SENDO CUIDADA PELOS FAMILIARES”  
 FONTE: Kalinowski (2011)

No elemento “Descrevendo os cuidados que recebe por parte do companheiro”, constatou-se que o companheiro dispensa cuidados à puérpera, pois ele se importa com sua alimentação, conforto e bem-estar, uma vez que cozinha, faz massagem, atende seus pedidos e procura não deixá-la estressada, e além disso, as participantes dão valor aos cuidados recebidos.

O meu marido cuida de mim. Ele se preocupa, ele faz as coisas [...] por exemplo, ele vive fazendo bolo para deixar para mim [...] quando ele vai sair ele se preocupa em deixar coisa para eu comer, ele faz janta para deixar como almoço para mim [...] (Puérpera 16)

O meu marido cuida de mim, principalmente no começo, que eu precisei bastante, como eu te falei, eu tinha bastante dor nas costas, daí ele tinha bastante cuidado, fazia massagem nas minhas costas, porque era [...] doía mesmo. (Puérpera 13)

Então, o meu marido cuida de mim, ele pergunta o que eu quero comer, se eu quero que ele fique com o bebê, ele se preocupa bastante. (Puérpera 8)

Quanto aos familiares, no elemento “Referindo os cuidados recebidos pelos familiares” foram citados os cuidados dispensados especialmente pela mãe da puérpera, sogra, sogro e cunhada. Depois de se tornar mãe, houve maior preocupação com sua saúde, alimentação e conforto. Outrossim, as puérperas desta pesquisa valorizam os cuidados recebidos e afirmam que gostam de ser cuidadas.

A minha mãe cuida de mim, ela liga, ela liga toda hora, ela liga o tempo inteiro, para ver se eu comi, se eu comi fruta, tomei água ou suco, ela liga o tempo todo para ver como eu estou [...] e isso para mim é bom, eu gosto. (Puérpera 2)

A minha mãe é que cuida de mim, é [...] fica falando o que eu tenho que fazer, o que eu não tenho que fazer, para o meu bem, é claro. (Puérpera 11)

Conforme a subcategoria “Sendo cuidada pelos familiares”, verificou-se que as participantes são cuidadas pelo companheiro e por alguns familiares, como mãe, sogra, sogro e cunhada, os quais se preocupam em especial com seu conforto e bem-estar. Esses cuidados ocorrem nas três fases do pós-parto e são valorizados pela puérpera.

#### 4.2.2.4 Subcategoria “Percebendo o relacionamento com familiares e amigos”

Ao receberem ajuda e ensinamentos, (des)cuidarem e serem cuidadas, na subcategoria “Percebendo o relacionamento com familiares e amigos”, as participantes citaram como está a relação, de uma forma geral, com seus familiares, com o companheiro, bem como com amigos, revelando os aspectos positivos e os negativos, além da importância destes relacionamentos. Os elementos desta subcategoria estão no Diagrama 10.

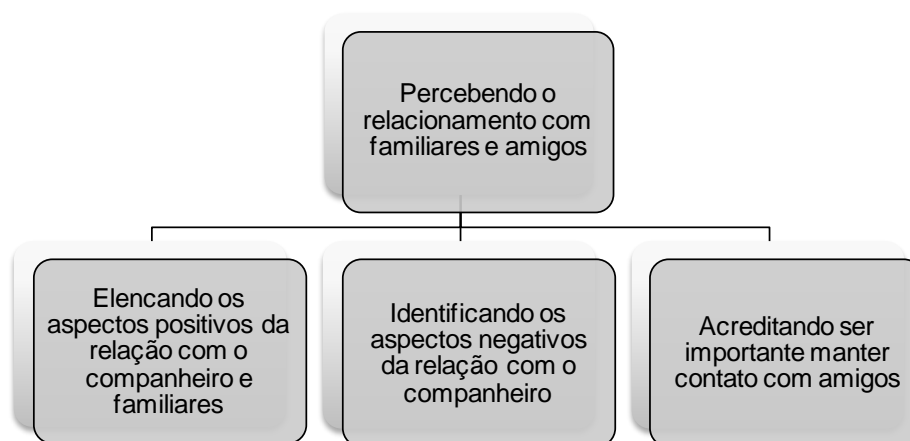


DIAGRAMA 10 – ELEMENTOS DA SUBCATEGORIA “PERCEBENDO O RELACIONAMENTO COM FAMILIARES E AMIGOS”  
 FONTE: Kalinowski (2011)

No elemento “Elencando os aspectos positivos da relação com o companheiro e familiares”, no que diz respeito ao companheiro, as puérperas, com o nascimento do bebê, afirmaram que os pontos positivos da relação são: maior união e mais tranquilidade entre o casal; relação boa e melhor; recebem mais carinho e atenção; se sentem mais apaixonadas, e percebem o mesmo do companheiro.

[...] ai, está melhor [a relação com o companheiro]. Porque agora é [...] ele [companheiro] está mais carinhoso. Porque no, na gravidez ele deixava eu um pouco de lado, sei lá. Agora está bem melhor, está melhor, bem melhor. Ele está mais carinhoso, o bebê uniu mais a gente. (Puérpera 4)

Quanto aos familiares, agora que elas se tornaram mães, constatou-se o fato de haver um relacionamento melhor, bom, tranquilo e alegre, especialmente com os pais das puérperas; a proximidade entre a participante e seus familiares aumentou;

há mais presença e atenção por parte de alguns familiares; e o clima dentro de casa ficou mais harmônico.

A minha relação com meus familiares está boa, agora eu passo bem mais tempo em casa, então convive mais, né [...] estamos mais próximos. Está melhor, bem melhor. (Puerpera 15)

Além dos pontos positivos, também foram elencados os negativos. O elemento “Identificando os aspectos negativos da relação com o companheiro” revelou algumas questões negativas referentes ao convívio com o companheiro após o nascimento do bebê, como brigas, desentendimentos e discussões. Algumas puérperas justificaram essas discussões pelo fato de estarem no puerpério e se sentirem mais sensíveis e/ou nervosas.

A gente [puérpera e companheiro] tem discutido, a gente briga de vez em quando, mas não assim briga, briga, umas discussões, tem coisas que ele [companheiro] faz que eu não concordo, daí a gente acaba discutindo. (Puerpera 11)

Nos primeiros dias, a gente [puérpera e companheiro] brigou. É que é assim, você fala para ele [companheiro] que isso é “A”, só para contrariar ele fala que não, que é “B”, tudo ele contraria, mas também é porque eu estava mais nervosa [...] (Puerpera 8)

Os amigos também foram citados pelas participantes como figuras presentes e importantes durante o período pós-parto, com os quais elas mantêm relações, conforme o elemento “Acreditando ser importante manter contato com amigos”.

Neste elemento, foi revelada a questão da importância do contato com amigos, seja pelo telefone, pelo computador ou pessoalmente. As puérperas afirmaram que é fundamental se relacionar com outras pessoas que não sejam seus familiares durante este período em sua vida, tanto para si quanto para o bebê, como forma de distração ou até mesmo para troca de experiências com aqueles que já têm filhos.

As minhas amigas têm vindo aqui me visitar, tem sido bem legal, elas têm vindo ver a minha filha [...] daí cada dia vem uma visitar. Elas vêm dar uma olhadinha na minha filha e em mim, conversar um pouquinho [...] acho isso bom, legal, distrai, daí é bom. (Puerpera 10)

Os meus amigos ligaram para saber do neném, foram lá em casa ver, tudo, ver o neném e tal [...] e eu acho isso importante, é bom, bom para o neném, para mim, acho importante sim. (Puerpera 12)

Com isso, constatou-se por meio da subcategoria “Percebendo o relacionamento com familiares e amigos” diferentes pontos positivos da relação entre a puérpera, companheiro e familiares. No que diz respeito ao relacionamento com o companheiro, também foram elencados aspectos negativos, como brigas, desentendimentos e discussões. Já a relação com amigos durante o pós-parto foi considerada importante, tanto para a puérpera quanto para o bebê. Ressalta-se que tais questões ocorreram nas três fases do puerpério.

#### 4.2.3 Categoria “Vivenciando o (des)cuidado de si”

Ao exercer o papel materno pela primeira vez e interagir com familiares e amigos, a puérpera ainda vivencia o (des)cuidado de si. A categoria “Vivenciando o (des)cuidado de si” tem as subcategorias “Cuidando de si” e “Negando o cuidado de si”, uma vez que a puérpera, neste momento de sua vida, cuida de si, mas também deixa de se preocupar com este cuidado.

Nos primeiros dias do pós-parto, há descuido ou maior preocupação com os cuidados físicos. Com o passar do tempo, quando a mulher consegue equilibrar melhor o seu papel de mãe e o de mulher e deixa de focalizar somente o bebê, ela acaba refletindo sobre a necessidade e importância do cuidado de si. Esta categoria e suas subcategorias podem ser visualizadas no Diagrama 11.

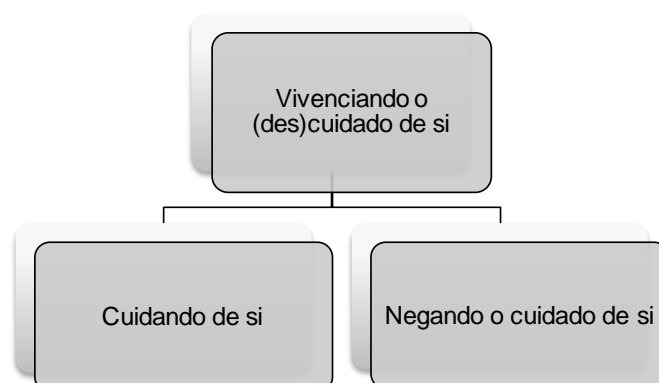


DIAGRAMA 11 – SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA “VIVENCIANDO O (DES)CUIDADO DE SI”  
FONTE: Kalinowski (2011)



#### 4.2.3.1 Subcategoria “Cuidando de si”

Na subcategoria “Cuidando de si”, a puérpera primípara preocupa-se principalmente com sua saúde física, com o intuito de atender suas necessidades básicas, e realiza alguns cuidados com base em orientações de profissionais de saúde, havendo o cuidado com sua saúde emocional e espiritual e, também, a valorização do cuidado de si durante a sua vivência. Os elementos desta subcategoria podem ser visualizados no Diagrama 12.

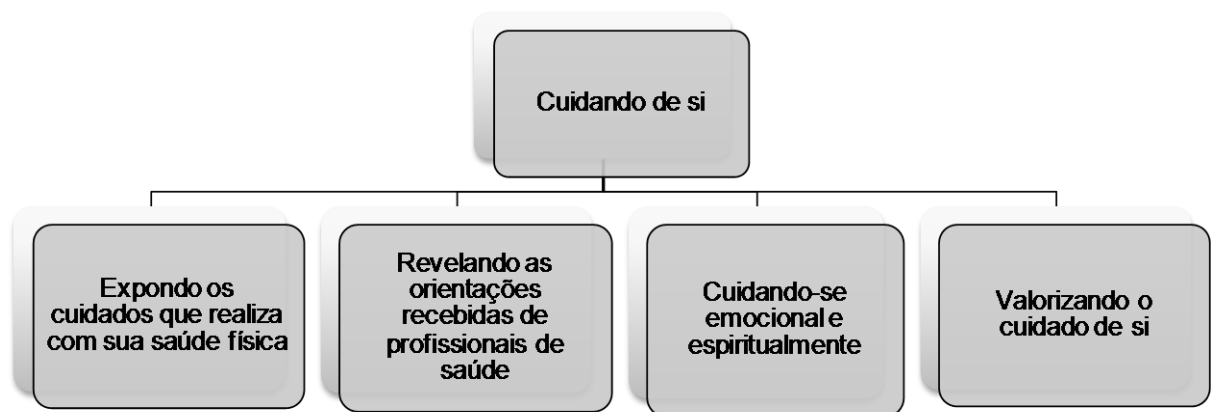


DIAGRAMA 12 – ELEMENTOS DA SUBCATEGORIA “CUIDANDO DE SI”  
FONTE: Kalinowski (2011)

De acordo com o elemento “Expondo os cuidados que realiza com sua saúde física”, constatarem-se os cuidados referentes à higiene pessoal, como escovar os dentes, tomar banho, lavar o cabelo, limpar a região perineal e trocar os absorventes com frequência, pela presença de lóquios ou da episiorrafia; à importância de limpar e secar bem a cicatriz cirúrgica, bem como cuidar quando for se abaixar, se sentar ou se deitar, especialmente para aquelas que fizeram cesárea ou episiorrafia.

As participantes relataram os cuidados com as mamas, como passar leite materno nos mamilos e deixá-los secar ou utilizar algum dispositivo para seu conforto, como concha ou intermediário de silicone.

Ah, eu cuido com a higiene, né? Ainda mais agora por causa da menstruação que está vindo um monte, por causa do sangue [lóquios] [...] é, banho todo dia, né, normal, esses cuidados pessoais assim, lavo o cabelo uma vez por semana, normal, como fazia antes [...] é [...] questão do seio também, né? Eu cuido bastante assim porque sempre quando eu acabo de

amamentar, eu passo leite e tenho que deixar ele [seio] um pouco secando. (Puérpera 1)

Na hora de amamentar, eu uso um negócio de silicone [intermediário de silicone], que eu não lembro o nome direito, porque o meu bico é muito pequeno e esse negócio ajuda na amamentação. (Puérpera 6)

Além disso, elas desenvolveram alguns cuidados objetivando o retorno do organismo ao estado anterior à gravidez, como utilizar cinta abdominal constantemente, passar algum creme contra flacidez ou estrias e fazer exercícios físicos, tanto em casa como em academia, uma vez que esta é uma preocupação relatada pela maioria das participantes. Destaca-se que os exercícios físicos voltaram a ser praticados depois dos quarenta dias pós-parto.

[...] eu passo creme para [...] para flacidez, o de estria não chegou ainda, eu já pedi, mas também vou usar [...] estou usando cinta, né? Tomando banho [...] acho que é só isso. Passar o creme, usar a cinta e tomar banho. (Puérpera 8)

Agora já faço exercício, não numa academia, mas eu faço em casa. Eu até comprei uma bicicleta [bicicleta ergométrica], e daí também comprei aquelas bolas de fazer alongamento. Então eu faço exercício aqui em casa mesmo, para o meu corpo voltar ao que era antes. (Puérpera 13)

Como as puérperas referiram cansaço - de acordo com a categoria “Exercendo o papel materno pela primeira vez”, descrita anteriormente - devido às demandas do bebê, especialmente no que diz respeito aos horários frequentes da amamentação, elas consideram o descanso e o repouso maneiras de cuidado de si, buscando fazê-los durante o dia.

O repouso também foi compreendido pelas participantes como um fator que colabora para o retorno do organismo ao estado pré-gravídico, devendo ser feito para a diminuição do edema em membros inferiores e por causa da episiorrafia.

Agora, nesses primeiros dias, na verdade em função do inchaço assim e dos pontos que eu estava, eu fiquei mais, mais reservada, estou ficando bem mais tempo deitada, por causa do inchaço [...] então eu estou fazendo mais repouso, realmente para voltar ao meu normal, né? (Puérpera 3)

Neste mesmo elemento, percebeu-se que as puérperas começam a pensar na questão da anticoncepção quando estão no puerpério tardio e consultam um médico para que ele prescreva algum anticoncepcional. Ademais, observa-se que as participantes buscam manter seu bem-estar físico, fazendo acompanhamento

médico, por exemplo, com o médico ginecologista, evitando carregar peso ou fazer esforço físico, principalmente aquelas que fizeram cesárea, além de se alimentarem bem.

[...] estou fazendo acompanhamento médico. É [...] que agora eu vou fazer [...] então, ela [médica] vai passar um remédio, tipo aquele anticoncepcional e tal, vai passar alguma coisa assim. Então agora eu vou começar a tomar esses remédios, para prevenir, para não ter filho já, de novo, né? (Puérpera 7)

Com relação à alimentação, por estarem no puerpério, as participantes relataram vários cuidados. Por serem puérperas, elas passaram a ingerir em maior quantidade alguns alimentos, como sopa, frutas, verduras, alimentos ricos em ferro, ou, ainda, começaram a ingeri-los durante este período. Além disso, elas referiram o aumento na ingestão hídrica, citando especialmente chá, suco natural, leite e água.

[...] estou comendo mais coisa com ferro, mais verdura assim, mais suco natural, suco com soja, estou tomando bastante, não gostava muito, mas estou começando a gostar, né? Salada também eu não comia, agora me obriguei [...] alimentos mais grelhados [...] tomo mais leite [...] (Puérpera 6)

Contudo, alguns alimentos e bebidas são evitados, como feijão, chocolate, carne de porco, ovo, repolho, rabanete, poncã, limão, alimentos muito ácidos, gordurosos ou fritos, refrigerante, café, bebida alcoólica, ou, se ingeridos, deve ser com moderação.

Agora nesses dias eu não estou comendo chocolate, tomando refrigerante, carne de porco, ovo, essas coisas. (Puérpera 12)

Essas modificações na alimentação são feitas principalmente por causa da amamentação, com o intuito de aumentar a produção de leite, deixar o leite mais forte ou evitar o desconforto abdominal no bebê, pois há a crença de que tudo o que a puérpera ingerir passa para o bebê por meio do leite.

[...] até os quarenta dias estava tomando só sopa, não estava mais aguentando ver sopa, só sopa na dieta [...] carne de porco eu não estou comendo, feijão duas vezes que eu comi deu bastante cólica nele, então agora eu não vou comer mais feijão até uns quatro meses [...] e também não como chocolate. (Puérpera 14)

Por enquanto, o que eu mais tomo é chá, que também é bom por causa do leite, que produz mais, né? Dizem [familiares] que quanto mais líquido eu

tomar é melhor, por causa do leite, então por isso eu estou tomando mais líquido [...] por que eu sei que o que eu comer, o que eu tomar vai passar para ela [bebê] depois. Então, o que eu menos puder comer, o que eu menos puder tomar para não dar cólica nela eu vou deixar de fazer. (Puerpera 1)

Para realizarem alguns desses cuidados com sua saúde física, além dos ensinamentos por parte dos familiares citados anteriormente, no elemento “Revelando as orientações recebidas de profissionais de saúde” as puérperas relataram algumas orientações destes profissionais, referentes à sua alimentação, a fim de não causar desconforto abdominal no bebê e aumentar a produção de leite; à higiene da região perineal; a não fazer esforço físico ou carregar peso; ao tratamento de fissuras mamilares e ingurgitamento mamário; e aos cuidados com o organismo para o retorno ao estado pré-gravídico.

[...] eu estou evitando comer algumas coisas, o refrigerante, estou evitando chocolate, essas coisas que eles [profissionais de saúde] pedem para evitar, nesse período pós-parto [...] lá na maternidade orientaram a ficar lavando, né, ali os pontos [episiorrafia], pelo menos uma a duas vezes por dia, e [...] esperar cair. Eles da maternidade falaram que tem que deixar o leite, né, passar o leite assim para, para ajudar a, a [...] a melhorar essa rachadura. (Puerpera 3)

Essas orientações, segundo as participantes, foram recebidas na maternidade ou na US, principalmente dos profissionais enfermeiro e médico.

Lá na maternidade, falaram a respeito dos pontos [episiorrafia], que era para lavar ali [...] daí até eu estava com tudo isso daqui [seio] empedrado, é, estava duro mesmo, assim, daí fui lá e a enfermeira de lá, ela me ajudou, ela me explicou como fazer para desempedrar, daí ela me ajudou também. (Puerpera 6)

Nas entrevistas das puérperas, além da questão fisiológica, também se destacou o cuidado com sua saúde emocional e espiritual, conforme o elemento “Cuidando-se emocional e espiritualmente”. Os principais cuidados citados foram ficar tranquila; acreditar em Deus; praticar sua religião, rezando e indo à igreja; e fazer acompanhamento com uma psicóloga.

Ao se cuidarem emocional e espiritualmente, as participantes afirmaram que se sentem mais fortalecidas, uma vez que acreditam em Deus e em sua proteção, além de considerarem a religião algo importante em sua vida.

Eu acredito em Deus, rezo, é algo que me fortalece. Eu tenho bastante crença, né, em Deus, então a gente se apega muito para não deixar as coisas ruins acontecerem, principalmente com o bebê. Então eu rezo e me confesso direto com Ele também. (Puérpera 6)

A gente vai na missa nos domingos, o dia que está sol bonito. Mas normalmente a gente vai na missa nos domingos de manhã [...] (Puérpera 13)

Além de cuidarem de sua saúde física e emocional, há a valorização do cuidado de si. No elemento “Valorizando o cuidado de si”, constatou-se que as puérperas, à medida que vão se adaptando ao novo papel de mãe, conseguem perceber a importância do cuidado de si, bem como sua necessidade. Essa valorização ocorre quando a puérpera se preocupa, por exemplo, em se arrumar para sair, usar maquiagem, cuidar do cabelo e unhas, além de sentir falta de tais cuidados realizados antes de se tornar mãe.

Eu sinto falta de me cuidar, sinto falta de ir no salão, de fazer a unha, de pintar o cabelo, estou me organizando para voltar a fazer isso. (Puérpera 14)

Já vou começar [a cuidar-se], já estou me organizando para me cuidar mais, já hoje já vou fazer a mão. Até porque eu sou mulher ainda, né? A vida continua também, né, e eu tenho que me cuidar. (Puérpera 3)

Pelas falas acima, percebe-se que a valorização do cuidado de si acontece quando a puérpera sente falta dele e busca organizar seu dia a dia a fim de conseguir conciliar, principalmente, o cuidado de si e o do bebê. Outra maneira de dar importância ao cuidado de si é perceber os momentos de lazer como fundamentais, questão verificada quando a puérpera já conseguiu se adaptar melhor ao papel materno.

As principais formas de lazer relatadas foram: assistir televisão e filmes; escutar música; usar o computador e jogar jogos nele; praticar exercícios físicos; passear apenas com o bebê, com o companheiro ou com outros familiares; fazer visitas; fazer caminhada, entre outras atividades. Além disso, destaca-se que, neste caso, o exercício físico não foi citado como forma de cuidar da sua saúde física, mas sim como lazer.

[...] para me distrair, eu vou no computador às vezes, quando dá tempo, para jogar, me divertir um pouco. Às vezes também me arrumo, passo maquiagem e saio. Daí final de semana eu vou na casa da minha avó com

meu marido. E teve uma vez que eu consegui sair com meu marido para tomar sorvete. (Puérpera 9)

Eu assisto TV, que é uma forma de me distrair. Também quero voltar a fazer caminhada, para me distrair, para passear, estou sentindo falta. (Puérpera 10)

Outra questão constatada foi o fato de as mulheres que passaram dos quarenta dias pós-parto visualizarem a falta de cuidado consigo como negativa, referindo que deixar de cuidar de si é um sacrifício e que se sentem frustradas e chateadas. Por exemplo, deixar de dormir e de sair por causa do bebê é algo considerado ruim por algumas participantes.

Ah, ficar sem me cuidar é um sacrifício, não dormir para mim é um sacrifício, porque eu sempre fui dorminhoca, né, é [...] não poder sair também é um sacrifício [...] (Puérpera 15)

[...] às vezes, às vezes, eu fico, fico meio chateada, assim, porque eu queria cuidar mais de mim [...] eu sei também que é para o bem dela [bebê], ela precisa disso agora, mas eu me sinto frustrada por causa disso. (Puérpera 16)

Além disso, as participantes afirmam que mesmo sabendo que o bebê exige bastante delas, uma vez que suas necessidades precisam ser atendidas, há o desejo de se cuidar mais. Isso mostra, mais uma vez, a importância dada ao cuidado de si.

Em síntese, a subcategoria “Cuidando de si” demonstrou que as puérperas, nas três fases do puerpério, preocupam-se com sua saúde física, especialmente em relação à alimentação, higiene, mamas, cicatriz cirúrgica e retorno do organismo ao estado pré-gravídico, sendo que alguns desses cuidados são realizados com base em orientações de profissionais de saúde. Outrossim, há também o cuidado emocional e espiritual, além da valorização do cuidado de si.

#### 4.2.3.2 Subcategoria “Negando o cuidado de si”

Apesar de terem momentos de cuidado de si e de o valorizarem, as puérperas acabam, especialmente nos primeiros dias pós-parto, deixando este cuidado em segundo plano ou até se esquecendo de realizá-lo, uma vez que a prioridade acaba

sendo o bebê, como pode ser observado na subcategoria “Negando o cuidado de si”. Além disso, durante o puerpério, algumas dessas mulheres percebem a falta de cuidado consigo como algo positivo, diferentemente do que revelou a subcategoria anterior. Os elementos desta subcategoria estão no Diagrama 13.

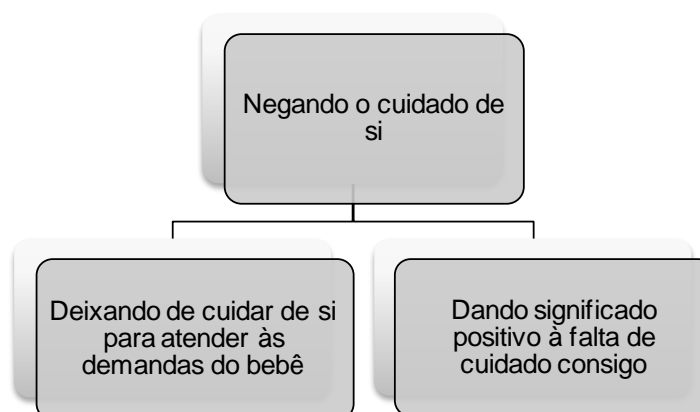


DIAGRAMA 13 – ELEMENTOS DA SUBCATEGORIA “NEGANDO O CUIDADO DE SI”  
 FONTE: Kalinowski (2011)

No elemento “Deixando de cuidar de si para atender às demandas do bebê” as participantes revelaram que o bebê é o foco principal e passam a maior parte do tempo cuidando dele, uma vez que ele é um ser dependente e que precisa de muitos cuidados para atender às suas necessidades. Desta forma, não há tempo para cuidar de si, pois a prioridade no dia a dia da puérpera são os cuidados com o bebê.

[...] tipo, você não pensa mais em você, é mais nele [bebê], foca só para ele, entendeu? E [...] tudo é para ele agora, toda atenção, desde atenção e cuidado, coisa assim, só para ele. (Puérpera 7)

Eu não tenho me cuidado muito assim, para falar a verdade não tenho me cuidado nem um pouco, por causa dela [bebê] [...] (Puérpera 10)

Elas afirmaram, ainda, que preferem e que querem cuidar mais do bebê do que delas mesmas, e admitem que se cuidavam mais antes do nascimento de seu filho. Percebe-se que há uma grande dedicação por parte das puérperas em atender prontamente a todas as demandas do bebê. Isso pode se justificar pelo fato de as puérperas considerarem uma obrigação sua cuidar do bebê, então elas têm que cuidar mais do filho do que de si.

Porque antes eu era mais cuidadosa, só agora não estou muito, porque como eu te falei, cuido mais dele [bebê] entendeu? [...] e acho isso normal, normal, foi como eu falei, agora eu já sou mãe, né, tenho que dar conta, entendeu? [...] então hoje eu quero ter mais cuidado com ele do que comigo. (Puérpera 5)

[...] afinal de contas ele [bebê] depende de mim e eu tenho que dar conta disso, né? Ele precisa de mim e eu tenho que cumprir com a minha obrigação de mãe. Não ligo de ficar só em função dele e não me cuidar. (Puérpera 3)

Nesse sentido, ressalta-se que algumas puérperas cuidam do companheiro e do bebê, mas deixam de cuidar de si. Alguns cuidados que as participantes deixaram de fazer consigo para atender às demandas do bebê foram: ficar sem dormir, deixar de comer ou interromper a refeição, ficar sem ir ao banheiro, além de tomar banho rapidamente.

Eu não consigo fazer mais nada. Ele [bebê] está sempre mamando. Tem que esperar ele dormir para poder tomar banho, e tem que ser rápido. De noite eu acabo dormindo com ele no colo, às vezes, quando ele está mamando, porque eu estou com muito sono [...] então a maior parte do tempo é dedicada a ele, ao bebê [...] ah, e eu não consigo mais comer direito. É [...] eu como com uma mão e com ele na outra, no outro braço, ou espero ele dormir para comer. (Puérpera 8)

[...] porque ele [bebê] chora, bem quando eu vou tomar banho, ele acorda, daí ele quer mamar, daí ele precisa de mim. Daí eu tomo banho bem rápido. (Puérpera 12)

Ademais, as puérperas que estão nos primeiros dias pós-parto percebem a ausência de cuidado de si como algo positivo, como mostra o elemento “Dando significado positivo à falta de cuidado consigo”, pois desta forma elas se dedicam mais a cuidar do bebê, que é a prioridade em sua vida, e referem que assim desempenham melhor seu papel de mãe.

Agora eu tenho me deixado um pouco de lado, cuido mais dele [bebê], porque ele é tão novinho [...] Ele [bebê] precisa disso, é o meu papel, faço isso com prazer. (Puérpera 7)

Ao considerarem essa questão como positiva, as puérperas sentem-se mais confortáveis, pois veem os cuidados com o bebê como uma obrigação, e assim, como são mães, devem dar conta desta tarefa, mesmo em detrimento de seus cuidados. Além disso, afirmam que neste momento precisam cuidar mais do bebê do



que de si, uma vez que ele tem demandas imediatas e o cuidado de si pode ser adiado.

Eu acho isso [deixar de cuidar de si] bom, porque assim, se eu tivesse muito tempo para mim, eu não teria tempo para ele [bebê], né? Então eu acho que não cuidaria bem dele daí, porque daí eu pensaria mais em mim do que nele. Então acho que é positivo sim. Ele não vai ficar esperando, se ele está com fome, para eu poder tirar a sobancelha. (Puerpera 2)

[...] agora penso mais nela [bebê], tudo é para ela, mais nela. Mas para ela agora é tudo [...] e vejo isso como algo bom, né? Algo bom [...] (Puerpera 4)

Na subcategoria “Negando o cuidado de si”, as participantes que estavam no puerpério imediato e no tardio relataram que o bebê era seu foco principal e um ser dependente, por isso deixaram de cuidar de si e, ainda, consideravam obrigação sua atender a todas as demandas de seu filho. Ademais, algumas participantes perceberam o descuido de si como algo positivo, pois com isso desempenhavam melhor seu papel de mãe.

## 5 VIVÊNCIA DO CUIDADO PELA PUÉRPERA PRIMÍPARA NO CONTEXTO DOMICILIAR

Por meio da análise dos dados, evidenciou-se que as categorias, subcategorias e elementos desta pesquisa se interrelacionaram de acordo com o código teórico “Família Interativa”, no qual existem relações de efeito mútuo, reciprocidade, trajetória mútua, interdependência e sequência entre os conceitos, explicitando o fenômeno **“Vivência do cuidado pela puérpera primípara no contexto domiciliar”**.

Neste sentido, construiu-se um modelo teórico com base na vivência das participantes da pesquisa a fim de explicitar o fenômeno em estudo, conforme o Diagrama 14.

Os componentes do fenômeno têm relações de: efeito mútuo, quando um causa efeito ou transformação no outro e vice-versa; reciprocidade, uma vez que a interação é recíproca entre eles e existem trocas; trajetória mútua, na qual eles ocorrem ao mesmo tempo; interdependência, quando um depende do outro; e sequência, na qual a relação é sequencial. Além disso, as categorias são desenvolvidas em termos de propriedades e dimensões, que diferenciam uma categoria da outra e lhe dão maior precisão e densidade.

Desta forma, percebeu-se que as três categorias se relacionaram constantemente, não ocorreram de maneira linear e entre elas não foi possível identificar um começo e um fim, pois os dados revelaram que a “Vivência do cuidado pela puérpera primípara no contexto domiciliar” é um fenômeno que apresenta interações significativas entre os conceitos.

Outrossim, faz-se importante dar destaque que todos os componentes do fenômeno giram em torno da categoria central “Exercendo o papel materno pela primeira vez”, ou seja, as demais categorias têm íntima relação com a central e são integradas a ela, como pode ser visualizado no Diagrama 14, que representa o fenômeno desta pesquisa.

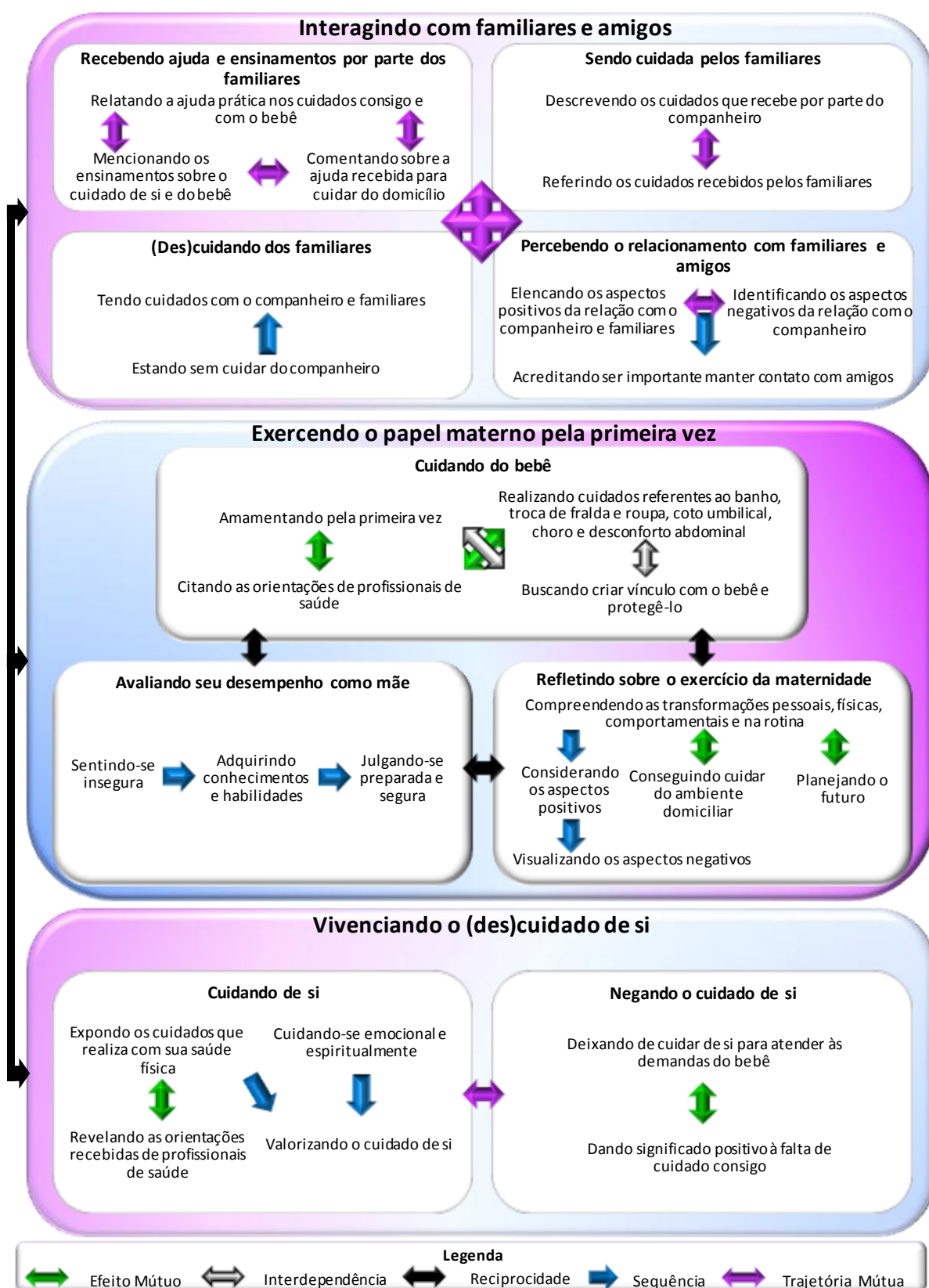


DIAGRAMA 14 – VIVÊNCIA DO CUIDADO PELA PUÉRPERA PRIMÍPARA NO CONTEXTO DOMICILIAR

FONTE: Kalinowski (2011)

De acordo como o fenômeno em estudo se explicitou, percebeu-se que as três categorias emergidas – “Exercendo o papel materno pela primeira vez”, “Interagindo com familiares e amigos” e “Vivenciando o (des)cuidado de si” – têm relação de reciprocidade e, além disso, “Exercendo o papel materno pela primeira vez” consiste na categoria central. Isso ocorre porque as relações entre os conceitos giram em torno do exercício do papel materno pela primeira vez, que influencia e é influenciado pela interação com as pessoas do convívio da puérpera e pela vivência do (des)cuidado de si, havendo trocas recíprocas entre estas categorias.

O desempenho do papel materno ocorre essencialmente na inter-relação com familiares e amigos, e essa interação auxilia a puérpera a ser mãe. Ademais, exercer a maternidade pela primeira vez interfere no cuidar ou descuidar de si e esses (des)cuidados podem colaborar ou não para o exercício do seu novo papel.

Além disso, destaca-se que as *propriedades* de uma categoria, nesta pesquisa, são suas subcategorias, isto é, são as características ou os atributos específicos. As *dimensões* de uma categoria são os seus elementos, ou seja, são as variações de uma propriedade dentro da categoria principal.

Na categoria central “Exercendo o papel materno pela primeira vez”, observa-se que as três subcategorias “Cuidando do bebê”, “Avaliando seu desempenho como mãe” e “Refletindo sobre o exercício da maternidade” relacionam-se de forma recíproca, pois cada uma interfere e sofre interferência da outra.

O cuidado com o bebê influencia a autoavaliação da puérpera como mãe e a própria reflexão da maternidade, e a partir disso pode haver modificações na maneira como a participante realiza os cuidados com o bebê. Além disso, ao se avaliar, a puérpera também reflete sobre a maternidade e essa reflexão pode transformar o cuidado com o bebê e a percepção sobre o seu desempenho como mãe.

Nos elementos “Amamentando pela primeira vez”, “Realizando cuidados referentes ao banho, troca de fralda e roupa, coto umbilical, choro e desconforto abdominal”, “Citando as orientações de profissionais de saúde” e “Buscando criar vínculo com o bebê e protegê-lo”, que fazem parte da subcategoria “Cuidando do bebê”, existem relações de efeito mútuo e de interdependência.

Para amamentar e realizar outros cuidados com o bebê, as puérperas podem se basear em orientações de profissionais de saúde e, algumas vezes, essas orientações é que direcionam a realização de tais cuidados, por isso há efeito

mútuo. Ao amamentar e cuidar do bebê, há a criação de vínculo, e esta ligação entre mãe-filho só é criada quando a puérpera cuida de seu bebê, assim há interdependência entre tais elementos.

Há relação de sequência entre os elementos da subcategoria “Avaliando seu desempenho como mãe”, que são “Sentindo-se insegura”, “Adquirindo conhecimentos e habilidades” e “Julgando-se preparada e segura”, pois nos primeiros dias pós-parto a puérpera refere insegurança para cuidar do bebê, mas acaba adquirindo conhecimentos e habilidades com o passar do tempo e, desta forma, sente-se segura e preparada.

De acordo com os elementos “Compreendendo as transformações pessoais, físicas, comportamentais e na rotina”, “Considerando os aspectos positivos”, “Visualizando os aspectos negativos”, “Conseguindo cuidar do ambiente domiciliar” e “Planejando o futuro”, componentes da subcategoria “Refletindo sobre o exercício da maternidade”, podem ser constatadas relações de sequência e de efeito mútuo. Após entender as transformações pessoais, físicas, comportamentais e na rotina que está vivenciando, a puérpera visualiza principalmente os aspectos positivos da maternidade e, na sequência, os negativos.

Há efeito mútuo entre os elementos referentes às transformações e aos cuidados com o ambiente domiciliar, uma vez que as participantes cuidam do domicílio de acordo com as mudanças vivenciadas, e essas transformações ainda determinam o que pode ou não ser feito dentro da casa. Da mesma maneira, o futuro é planejado conforme as mudanças ocorridas em sua vida, porque esse planejamento se baseia em seu novo papel na sociedade, o de mãe, e essa relação também é de efeito mútuo.

Na categoria “Interagindo com familiares e amigos” visualizam-se relações de trajetória mútua entre as subcategorias “Recebendo ajuda e ensinamentos por parte dos familiares”, “(Des)cuidando dos familiares”, “Sendo cuidada pelos familiares” e “Percebendo o relacionamento com familiares e amigos”. Esta questão fica evidente porque a puérpera, na interação com seus familiares e amigos, recebe ajuda e ensinamentos, ao mesmo tempo em que (des)cuida e é cuidada, e percebe o relacionamento com tais pessoas. A relação entre essas subcategorias não ocorre numa sequência linear, mas sim circular.

Os elementos da subcategoria “Recebendo ajuda e ensinamentos por parte dos familiares”, que são “Relatando a ajuda prática nos cuidados consigo e com o

bebê”, “Mencionando os ensinamentos sobre o cuidado de si e do bebê” e “Comentando sobre a ajuda recebida para cuidar do domicílio”, têm relações de trajetória mútua, acontecendo num mesmo momento, uma vez que os familiares ajudam e ensinam a puérpera a cuidar de si e do bebê, além de auxiliarem nos cuidados com o domicílio, pois, ao retornar para sua casa, a mãe precisa dar conta de suas necessidades, das do bebê e também cuidar do ambiente domiciliar.

Na subcategoria “(Des)cuidando dos familiares”, constata-se relação de sequência entre os elementos “Tendo cuidados com o companheiro e familiares” e “Estando sem cuidar do companheiro”, visto que ao não cuidar do companheiro a puérpera primípara, na sequência, acaba refletindo sobre esta situação e, ainda, deseja melhorar este aspecto em sua vida.

Entre os elementos “Descrivendo os cuidados que recebe por parte do companheiro” e “Referindo os cuidados recebidos pelos familiares”, que fazem parte da subcategoria “Sendo cuidada pelos familiares”, há relação de trajetória mútua, pois as participantes referem que são cuidadas, ao mesmo tempo, pelo companheiro e pelos familiares em seu contexto domiciliar.

A subcategoria “Percebendo o relacionamento com familiares e amigos”, que compreende os elementos “Elencando os aspectos positivos da relação com o companheiro e familiares”, “Identificando os aspectos negativos da relação com o companheiro” e “Acreditando ser importante manter contato com amigos”, mostra relações de trajetória mútua e de sequência entre eles, uma vez que as participantes relatam simultaneamente os aspectos positivos e negativos da relação com familiares e companheiro. Na sequência, elas começam a perceber a importância da interação com outras pessoas que não são de seu convívio familiar.

Na categoria “Vivenciando o (des)cuidado de si”, percebe-se que suas subcategorias “Cuidando de si” e “Negando o cuidado de si” têm relação de trajetória mútua, haja vista que o cuidado e o descuido de si são vivenciados ao mesmo tempo pela puérpera. Como descrito anteriormente, nos primeiros dias do pós-parto há mais cuidado com a saúde física e/ou descuido de si.

E dentre os elementos “Expondo os cuidados que realiza com sua saúde física”, “Revelando as orientações recebidas de profissionais de saúde”, “Cuidando-se emocional e espiritualmente” e “Valorizando o cuidado de si”, componentes da subcategoria “Cuidando de si”, há relações de efeito mútuo e de sequência.

Os cuidados que as puérperas realizam com sua saúde física podem ser baseados em orientações de profissionais de saúde, e tais orientações podem auxiliar a puérpera a cuidar de si neste momento de sua vida, conforme a relação de efeito mútuo. Além disso, cuidando de sua saúde física e emocional/espiritual, na sequência, com o passar do tempo e por meio da adaptação ao papel materno, pode haver maior consciência da importância do cuidado consigo.

Ademais, evidencia-se a relação de efeito mútuo entre os elementos “Deixando de cuidar de si para atender às demandas do bebê” e “Dando significado positivo à falta de cuidado consigo”, que fazem parte da subcategoria “Negando o cuidado de si”. O fato de não cuidar de si para atender as demandas do bebê interfere na percepção da puérpera com relação a essa falta de cuidado, e a questão de considerar o descuido de si como positivo incita a puérpera a cuidar ainda menos de si.

## 6 DISCUSSÃO DO MODELO TEÓRICO CONSTRUÍDO COM A LITERATURA

Neste capítulo, como preconizado pela TFD, fez-se a discussão do modelo teórico construído com a literatura, buscando aproximar o conhecimento produzido por outros autores com o desenvolvido nesta pesquisa, a fim de demonstrar as convergências e divergências existentes.

A categoria “Exercendo o papel materno pela primeira vez” apresentou diversos cuidados realizados pelas participantes com o bebê, a sua avaliação como mãe pela primeira vez e a reflexão feita sobre diferentes aspectos que envolvem a experiência da maternidade, questões essas discutidas por autores da literatura.

Na subcategoria “Cuidando do bebê”, primeiramente, foi dado destaque aos cuidados referentes ao aleitamento materno. Entretanto, como observado nesta pesquisa e na literatura, uma das principais dificuldades encontradas pelas puérperas durante o exercício da maternidade foi em relação à amamentação, pois o posicionamento correto do bebê foi considerado difícil e em muitas mulheres houve o desenvolvimento de fissuras mamilares (RAVELLI, 2008; SILVA *et al.*, 2009).

Com isso, segundo os mesmos autores, o ato de amamentar pode se tornar doloroso, incômodo e sofrido, aumentando o risco de desmame precoce, contudo, nesta pesquisa, mesmo com tais dificuldades, as participantes não relataram o desejo em suspender a amamentação.

Além de amamentar, outros cuidados são desenvolvidos pela puérpera. De acordo com Bergamaschi e Praça (2008, p.458), as participantes de seu estudo também realizavam cuidados para suprir “as necessidades biológicas de seus filhos, alimentando-os, higienizando-os, cuidando de suas roupas, tratando de doenças e promovendo o sono”. Isso engloba dar banho, trocar a fralda e roupa, cuidar do coto umbilical e acalmar o choro, pela compreensão dos motivos que levam o bebê a chorar, como, por exemplo, por causa do desconforto abdominal, o que mostra a convergência entre os dados desta pesquisa e a literatura.

Para a realização de tais cuidados com o bebê, as orientações de profissionais de saúde foram citadas em alguns estudos e abrangiam questões relacionadas à troca de fralda, banho, cuidados com o coto umbilical e com a amamentação (BERGAMASCHI; PRAÇA, 2008), dados semelhantes aos encontrados nesta pesquisa.



Para algumas participantes, essas orientações foram consideradas importantes, pois o profissional foi visto como fonte de conhecimento e informação, proporcionando à puérpera um aprendizado que favorece seu desempenho como mãe, bem como sua autonomia e emancipação, principalmente no que diz respeito às primíparas (RODRIGUES *et al.*, 2007; SANTOS; PENNA, 2009; SILVA *et al.*, 2009).

Como afirmam Bergamaschi e Praça (2008), por meio dessas orientações, a puérpera tem a oportunidade de aprender e sanar suas dúvidas, tornando-se mais apta e segura para cuidar do filho. Nesta pesquisa, algumas puérperas também consideraram tais orientações importantes e referiram o seu seguimento por confiarem no profissional.

Entretanto, Rodrigues *et al.* (2007) verificaram em seu estudo que o papel da enfermeira e das auxiliares de Enfermagem junto à puérpera pouco contribuiu para sua adaptação ao puerpério, uma vez que foram feitas poucas orientações e elas foram superficiais, especialmente no que diz respeito à amamentação. De acordo com a fala das puérperas participantes desta pesquisa, foi constatado que as dificuldades para amamentar apareceram justamente por falta de orientações e apoio.

Neste sentido, como afirmam Marques *et al.* (2010), é necessária a formulação de novas políticas públicas que abordem a amamentação de uma forma diferenciada, englobando os membros da rede social da puérpera, uma vez que eles podem contribuir para o sucesso desta importante prática.

Além disso, as orientações realizadas pelos profissionais de saúde precisam ser mais completas e não devem se limitar à transmissão de informações, mas abranger uma prática compartilhada, de troca de saberes, que objetive a participação ativa das puérperas, levando em consideração suas necessidades, crenças, representações e histórias de vida (SANTOS; PENNA, 2009).

Ao cuidar do bebê, percebeu por meio dos dados que houve o desenvolvimento do vínculo entre mãe e filho, fato também observado por outros autores, pois à medida que a mulher vai se adaptando à sua nova condição de mãe, as dificuldades iniciais são superadas e há a criação deste vínculo, de amor e de cumplicidade com o filho, pela vivência ao longo dos dias (BERGAMASCHI; PRAÇA, 2008; STRAPASSON; NEDEL, 2010).

Por meio da realização de cuidados com o bebê, a puérpera se autoavaliou, e a subcategoria “Avaliando seu desempenho como mãe” mostrou, em convergência com outros autores, a insegurança, nos primeiros dias do puerpério, por parte da puérpera primípara, pois a inexperiência e a falta de conhecimentos limitaram seu desempenho e provocaram medo para assumir sozinha os cuidados com a criança (RAVELLI, 2008; SILVA *et al.*, 2009; STRAPASSON; NEDEL, 2010; VIEIRA *et al.*, 2010), além do aparecimento de dúvidas e dificuldades.

Isso se deve ao fato de que a “transição ao papel materno não é fácil. Esse fato desencadeia sentimentos, emoções, ações e reações que, muitas vezes, a puérpera primigesta não está preparada para enfrentar e conseqüentemente, se adaptar ao novo papel” (ALVES *et al.*, 2007, p. 417).

Nesse sentido, as principais dificuldades nos cuidados com o bebê encontradas na literatura, semelhantes aos dados desta pesquisa, foram aquelas relacionadas ao banho, cuidado com o coto umbilical e identificação do motivo do choro (BERGAMASCHI; PRAÇA, 2008; RAVELLI, 2008; MEDEIROS; SANTOS, 2009; SILVA *et al.*, 2009; STRAPASSON; NEDEL, 2010). Essas dificuldades acabaram causando na puérpera sentimentos de preocupação, impotência, frustração, culpa e incompetência, especialmente nas primíparas (MEDEIROS; SANTOS, 2009; STRAPASSON; NEDEL, 2010).

Para superar tais obstáculos e os sentimentos negativos que surgiram, as mulheres adquirem conhecimentos e habilidades, como constatado nos resultados e na literatura, por meio de um aprendizado que ocorre no dia a dia, com o novo integrante da família e por meio de erros e acertos (BERGAMASCHI; PRAÇA, 2008; STRAPASSON; NEDEL, 2010). De acordo com Moreira e Raseria (2010, p.535), nesse processo, a mãe é aquela que aprende e a criança é

apresentada como aquela que ensina, que ajuda e que transforma a mãe. Nesse sentido, a criança é posicionada como alguém que exerce um papel ativo na relação. É especialmente ela quem ensina a mãe a ser mãe, quem modifica a mãe como pessoa, quem a aprimora.

Desta forma, os dados desta pesquisa revelaram que a superação das dificuldades e de medos tornou a puérpera cada vez mais confiante, com menos dúvidas, uma vez que ela se percebeu capaz e até mesmo motivada para prestar os cuidados ao bebê. É, portanto, de modo gradual que a puérpera constrói sua

concepção de mãe, assumindo suas responsabilidades e passando a se sentir mais segura e confiante quanto ao papel materno (BERGAMASCHI; PRAÇA, 2008).

A partir dos cuidados com o bebê e de sua autoavaliação como mãe, as puérperas participantes ainda refletiram sobre diferentes aspectos referentes à maternidade. Na subcategoria “Refletindo sobre o exercício da maternidade”, as transformações pessoais, físicas, comportamentais e na rotina relatadas são descritas por alguns autores.

Como constatado nos resultados desta pesquisa, os autores Silva *et al.* (2009), perceberam que a maternidade trouxe à puérpera mudanças em sua vida, não só físicas, mas também no âmbito psicológico e social, especialmente pelo fato de que ser mãe significa adquirir um novo papel na sociedade. Segundo Alves *et al.* (2007, p.426), “a mulher necessita se adaptar a essa nova fase, organizar seu cotidiano, continuar suas relações com o grupo no qual está inserida e assumir sua nova identidade perante a sociedade, a de ser mãe”.

Além disso, outra questão semelhante entre esta pesquisa e a literatura foi que a maternidade proporcionou mais maturidade e responsabilidade à mulher, além de maior sensibilidade, paciência para enfrentar os problemas e ouvir os outros (SILVA *et al.*, 2009).

Em relação às transformações na rotina, conforme os resultados desta pesquisa e os autores Stefanello (2005), Alves *et al.* (2007) e Silva *et al.* (2009), as puérperas passam por mudanças no seu dia a dia de trabalhadora, esposa e agora mãe, que, além dos afazeres domésticos, tem como dever os cuidados com o bebê, permanecendo a maior parte do tempo, pelo menos nos primeiros dias pós-parto, dentro do ambiente domiciliar. Como afirma Stefanello (2005), o ritmo da puérpera acaba sendo o ritmo do bebê e, desta forma, ela fica sem uma rotina determinada.

Assim, como pode ser observado pela descrição dos autores Alves *et al.* (2007, p.422)

a transição ao papel materno é explícita quando as mães referem que muda tudo, em uma amplitude de difícil explicação, pois vivenciam diferentes demandas em um único momento, aquele que a partir do nascimento torna-se um período de profundas modificações configurando a entrada ao papel materno.

Frente a tais transformações, os aspectos e sentimentos positivos que envolvem a maternidade, descritos na literatura, englobam: felicidade, alegria,

satisfação, emoção, contentamento, bem-estar, amor, carinho, admiração pelo bebê, uma sensação única, prazerosa, mágica, indescritível, maravilhosa, angelical, uma bênção, divina, plena, idealizada e sonho realizado (PENNA; CARINHANHA; RODRIGUES, 2006; ALVES *et al.*, 2007; BERGAMASCHI; PRAÇA, 2008; MOREIRA; RASERA, 2010).

Os sentimentos e aspectos negativos citados por autores foram: ansiedade, tristeza, privação do sono, cansaço físico e emocional, e presença de dor e desconforto, principalmente nos primeiros dias por causa da episiotomia, do ferimento cirúrgico da cesariana e da contração uterina estimulada pela amamentação (PENNA; CARINHANHA; RODRIGUES, 2006; ALVES *et al.*, 2007; BERGAMASCHI; PRAÇA, 2008; MARTINS *et al.*, 2008; MEDEIROS; SANTOS, 2009). Destaca-se que tanto os sentimentos positivos quanto os negativos são semelhantes aos encontrados nesta pesquisa.

Entretanto, como observado nos resultados e descrito pelos autores Bergamaschi e Praça (2008, p.457), as puérperas

experienciam diversos sentimentos em relação ao filho e ao cuidar, mas observamos que, apesar da ambivalência, estão mais presentes sentimentos positivos, mesmo quando ainda estão em fase de descobertas, de aprendizado e de dificuldades, e que a par de todas as variações de sentimentos, deixam transparecer sua felicidade e satisfação ao cuidar do filho.

Isso demonstra que os sentimentos positivos superam os negativos, uma vez que os negativos estão mais relacionados a questões pontuais, como o desconforto físico, e os positivos se referem a questões mais amplas e subjetivas, que proporcionam à puérpera satisfação ao desempenhar seu papel de mãe.

Outra questão avaliada positiva e negativamente foi a amamentação, e no estudo de Martins *et al.* (2008), as participantes afirmaram que esta experiência foi um momento agradável, mas também havia dificuldades relacionadas ao nervosismo do bebê, ao processo de lactação, ingurgitamento mamário, fissura mamilar, entre outras, como também verificado nesta pesquisa.

Apesar das dificuldades encontradas, as puérperas primíparas precisam dar conta de cuidar do ambiente domiciliar e, como afirma Stefanello (2005), as mães são também donas de casa e necessitam desempenhar suas funções no domicílio, tendo até que abdicar de seu sono para cuidar dos afazeres domésticos.

Como agora são mães, as participantes afirmaram maior preocupação com seu futuro, com o de sua família, mas, principalmente, com o do bebê. Algumas pesquisas também mostraram maior preocupação por parte das puérperas com o futuro frente ao desafio de criar e educar uma criança (PENNA; CARINHANHA; RODRIGUES, 2006; SILVA *et al.*, 2009). Essa questão da educação foi citada pelas participantes como uma de suas principais preocupações referentes ao futuro de seu filho.

O exercício do papel materno pela primeira vez, nesta pesquisa, ocorreu na interação com pessoas do convívio da puérpera, e a categoria “Interagindo com familiares e amigos” abordou diferentes aspectos, como a ajuda e os ensinamentos recebidos por parte dos familiares em relação aos cuidados com o bebê, consigo e com o domicílio, o (des)cuidado que as puérperas dispensaram ou receberam deles, bem como as interações que se estabeleceram com familiares e amigos.

Em relação os dados encontrados nesta categoria, de acordo com Vieira (2008), ressalta-se que a família representa o maior apoio encontrado pelas puérperas, na qual elas buscam conhecimento sobre como vivenciar o puerpério, bem como apoio emocional e financeiro. Além disso, para o mesmo autor, a família pode tanto favorecer a adaptação ao período pós-parto quanto interferir negativamente nesta fase.

Na subcategoria “Recebendo ajuda e ensinamentos por parte dos familiares”, dentre outros aspectos, notou-se a ajuda prática oferecida pelos familiares à puérpera quanto aos cuidados com o bebê, bem como a percepção sobre o quanto este apoio é importante no esclarecimento de suas dúvidas, questões também verificadas por outros autores (STEFANELLO, 2005; BERGAMASCHI; PRAÇA, 2008; VIEIRA *et al.*, 2010). Para Farias (2008), após o nascimento, diferentes membros da família se mobilizam para auxiliar a puérpera nos cuidados com o bebê e proporcionar a ela mais conforto por meio da satisfação de suas necessidades.

Além disso, a ajuda dos familiares faz com que a puérpera se sinta mais segura e tranquila, pois sabe que tem com quem contar, e quando precisar terá alguém junto dela, apoiando, ensinando ou exercendo supervisão, especialmente neste período de adaptação (BERGAMASCHI; PRAÇA, 2008; STRAPASSON; NEDEL, 2010), fato também constatado nesta pesquisa. Desta forma, este apoio favorece o desenvolvimento da competência da mãe e lhe dá possibilidade de

amadurecer e de desenvolver segurança para cuidar do bebê (BERGAMASCHI; PRAÇA, 2008).

A ajuda nas atividades práticas relativas aos cuidados com o bebê é prestada por um familiar e/ou por alguém próximo à puérpera, contudo, a ajuda feminina é predominante, geralmente oferecida pela mãe da puérpera, sogra, irmã e tia (SILVA *et al.*, 2009). De acordo com Farias (2008), as principais pessoas que auxiliam a puérpera são: companheiro, sogra, mãe, tia, irmãs e irmãos. Nesta pesquisa, além desses familiares ainda foram citados: avó, cunhada, sobrinha, prima e pai da puérpera.

Contudo, para Alves *et al.* (2007), em seu estudo, foi possível perceber que as puérperas primíparas apontam principalmente a mãe como apoio suportivo mais significativo para auxiliar no cuidado com o bebê, juntamente com a participação do companheiro, fato também observado nos resultados desta pesquisa.

Assim, quando a ajuda masculina é citada, ela geralmente é prestada pelo companheiro, pai do bebê (SILVA *et al.*, 2009), que desenvolve atitudes de dedicação e preocupação com a saúde do filho (OLIVEIRA; BRITO, 2009). No estudo de Martins *et al.* (2008), verificou-se que em algumas famílias o pai do bebê se mostrou um cuidador importante, especialmente nos primeiros dias de nascimento, questão também citada pelas participantes desta pesquisa, uma vez que ele auxiliava no banho, na troca de fralda e a segurar no colo, por exemplo.

Outrossim, em seu estudo, Marques *et al.* (2010) verificaram que a ajuda oferecida pelo companheiro durante o pós-parto auxiliou a puérpera na decisão de amamentar e reforçou os laços entre o casal, pois ele foi visto como importante fonte de apoio e suporte.

Além da ajuda, em relação aos ensinamentos sobre o cuidado de si, de acordo com Vieira (2008), uma questão que merece destaque é a alimentação da puérpera, que acaba sendo bastante influenciada pelo fator cultural, especialmente na forma de conselhos oferecidos por familiares, principalmente por mulheres que já vivenciaram o puerpério. Os ensinamentos referentes à alimentação também foram citados pelas participantes desta pesquisa.

No que diz respeito aos ensinamentos relacionados aos cuidados com o bebê, de forma semelhante ao encontrado nos dados desta pesquisa, Martins *et al.* (2008) descreveram que há a troca de conhecimentos entre familiares, pois a necessidade de cuidar bem do filho levou a mãe a buscar experiências de outras

pessoas da sua convivência e, assim, basear seu cuidado em orientações do senso comum oriundas de seus familiares. Então, a puérpera “é ensinada a cuidar do bebê com base em normas, valores, costumes e referenciais instituídos em sua família de origem” (FARIAS, 2008, p.42).

Para Martins *et al.* (2008), em seu estudo, as principais orientações oferecidas pelos familiares foram em relação a situações em que os pais do bebê não conseguem resolver, como desconforto abdominal e choro noturno (MARTINS *et al.*, 2008). Entretanto, nesta pesquisa, ainda foram relatados ensinamentos sobre como amamentar corretamente, como cuidar do coto umbilical e das assaduras, como dar banho, segurar e vestir corretamente o bebê.

Além da ajuda com o bebê, as participantes também referiram o auxílio nos cuidados com o domicílio. Conforme Stefanello (2005), Martins *et al.* (2008), Silva *et al.* (2009) e Vieira *et al.* (2010), igualmente ao observado nesta pesquisa, a maioria das puérperas referiu receber ajuda nas atividades práticas relativas aos afazeres de casa, sendo esta ajuda prestada por um familiar e/ou por alguém próximo, em virtude de algumas limitações físicas que elas podem apresentar. No estudo de Marques *et al.* (2010), identificou-se que as puérperas recebem mais ajuda nas atividades do lar quando estão no pós-parto imediato, contudo, nesta pesquisa, não observou-se tal fato em específico.

Na literatura, a ajuda feminina para limpar a casa, preparar refeições, lavar e secar roupa foi a mais relevante, normalmente prestada pela mãe da puérpera, sogra, irmãs e tias (ALVES *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2009). Uma questão interessante constatada na pesquisa de Oliveira e Brito (2009) foi que o companheiro tende a se dedicar mais às atividades no domicílio após o nascimento de um filho. Na fala das entrevistadas desta pesquisa, a participação do companheiro nos cuidados com a casa foi percebida de forma significativa.

A autora Farias (2008, p.46) também verificou em sua pesquisa “que os homens, ao se tornarem pais, parecem aproximar-se do ambiente doméstico, tanto no que se refere aos cuidados com o bebê, como das tarefas da casa”. Em contra partida, Stefanello (2005) afirma que esta ajuda é temporária e se dá apenas no período em que a mulher precisa de mais cuidados, uma vez que o companheiro não pretende estender tal ocupação por muito tempo.

Além disso, de forma geral, o fato de ter um familiar cuidando do bebê ou da casa normalmente constitui algo importante, pois possibilita à mulher sentir-se mais

tranquila, menos desgastada física e emocionalmente e, desta forma, ela pode se dedicar a alguma outra atividade (FARIAS, 2008), como cuidar de outras pessoas de seu contexto domiciliar.

A subcategoria “(Des)cuidando dos familiares” revela a preocupação das puérperas em relação aos seus familiares e a falta de cuidado para com o companheiro. Na literatura também se identificou o descuido com o companheiro, e como destacaram Alves *et al.* (2007, p. 417), “as mães ocupadas com o cuidado ao filho nem sempre conseguem oferecer o apoio necessário ao pai, o qual sente-se privado de suporte”, mostrando a falta de tempo por parte das mulheres, uma vez que a prioridade é o bebê.

Ademais, para Stefanello (2005), os companheiros participantes de seu estudo reclamaram que perderam seu lugar para o bebê. De maneira diferente, nesta pesquisa, foi constatado que os companheiros não se sentiram privados de suporte e nem reclamaram sobre a falta de cuidado, mas sim compreenderam e aceitaram tal situação.

Outrossim, as puérperas primíparas não só cuidam como também são cuidadas, e na subcategoria “Sendo cuidada pelos familiares”, em convergência com a literatura, se observaram cuidados e atenção aumentados por parte do companheiro, uma vez que ele compreende o puerpério como um período que requer cuidados, prezando pelo bem-estar da companheira (ALVES *et al.*, 2007; OLIVEIRA; BRITO, 2009).

Nesta pesquisa, os companheiros cozinham, faziam massagem, atendiam aos pedidos da puérpera e procuravam não deixá-la estressada. Os autores Oliveira e Brito (2009) verificaram que o principal cuidado que eles realizavam era a orientação sobre a importância da deambulação precoce, e Farias (2008) identificou a presença, o apoio, a questão de ouvir a puérpera e de proporcionar repouso e lazer como outras formas de cuidado oferecidas pelo companheiro. Ademais, para a autora, a presença constante do companheiro faz com que a puérpera se sinta cuidada e apoiada.

De maneira diferente, ainda foi constatado na literatura a ausência de cuidado por parte do companheiro à puérpera, fazendo com que ela se sentisse desamparada e até com baixa autoestima devido a este motivo (VIEIRA *et al.*, 2010).



Em relação aos cuidados recebidos pelos familiares, Farias (2008) constatou em sua pesquisa que eles cuidam da puérpera ao proporcionar repouso e banho, preocupar-se com sua alimentação, favorecer seu vínculo com o bebê e não deixá-la sozinha. Nesta pesquisa, houve maior preocupação por parte dos familiares com a saúde, alimentação e conforto da puérpera.

Assim, ao serem ajudadas e cuidadas, além de cuidarem de outras pessoas, as participantes refletem sobre o relacionamento entre elas, familiares e amigos. Na subcategoria “Percebendo o relacionamento com familiares e amigos”, observaram-se transformações no convívio com pessoas próximas, tanto positivas quanto negativas.

Os aspectos positivos deste relacionamento encontrados na literatura foram: relação boa com o companheiro e familiares; maior aproximação ou reaproximação dos familiares; mais união e solidariedade por parte dos familiares; relacionamento melhor com o companheiro após o nascimento do bebê; e estreitamento do vínculo entre o casal (STEFANELLO, 2005; PENNA; CARINHANHA; RODRIGUES, 2006; FARIAS, 2008; MARTINS *et al.*, 2008).

Os negativos englobaram mudança no estilo de vida da família para se adequar às necessidades do bebê; dificuldades no relacionamento familiar; afastamento do companheiro; e conflitos pela pouca participação do companheiro nos cuidados com o bebê (PENNA; CARINHANHA; RODRIGUES, 2006; ALVES *et al.*, 2007; MEDEIROS; SANTOS, 2009). Em síntese, os aspectos positivos identificados na literatura assemelharam-se aos dados coletados, contudo, os negativos são um pouco diferentes, pois, nesta pesquisa, foram relatadas brigas e discussões entre o casal.

Além de exercer o papel materno pela primeira vez e interagir com familiares e amigos, as participantes vivenciaram o cuidado e o descuido de si. A categoria “Vivenciando o (des)cuidado de si” abordou tanto o cuidado quanto o descuido de si, uma vez que nos primeiros dias pós-parto há o descuido ou maior preocupação com os cuidados físicos, mas com o passar do tempo a mulher consegue perceber a necessidade e a importância do cuidado de si. Tais questões são discutidas na literatura, como pode ser constatado a seguir.

Na subcategoria “Cuidando de si”, em relação aos cuidados com a saúde física da puérpera, Silva *et al.* (2009) constataram o desejo da mesma em relação ao retorno de seu organismo ao estado pré-gravídico e a realização de cuidados para

tal fim, como observado também nos resultados, pois a preocupação com a beleza e a vaidade feminina se fez presente entre as participantes do estudo.

Na pesquisa de Farias (2008), as ações de cuidado utilizadas pelas puérperas para garantir a sua saúde e beleza foram: pintar e cortar os cabelos, fazer as unhas, arrumar-se e depilar-se. O repouso também foi considerado uma forma de cuidado de si, uma vez que a puérpera está frequentemente sobrecarregada. Tais dados são semelhantes aos encontrados nesta pesquisa.

Outro cuidado citado pelas participantes foi com a anticoncepção, e para Luz, Berni e Selli (2007), as puérperas do seu estudo passaram a preocupar-se com isso pelo acesso a serviços médicos, a programas de planejamento familiar e a diferentes métodos contraceptivos gratuitos.

Além disso, conforme afirmam Vieira *et al.* (2010), um fenômeno influenciado pela cultura familiar no período pós-parto é a nutrição, dado também verificado nesta pesquisa. As puérperas participantes do estudo de Vieira *et al.* (2010, p.87)

seguiram restrições alimentares (arroz, feijão, carne de porco e de peixe, couve, repolho, pepino, carne assada, massas, frutas cítricas, refrigerantes, chocolates, pimenta, pimentão, derivados de leite, entre outras) ou substituíam as grandes refeições por canjica ou sopas, pois acreditavam que alguns alimentos poderiam lhes fazer mal e/ou às crianças.

Entretanto, para Vieira (2008), essa restrição alimentar ou sua modificação durante o puerpério revela a falta de conhecimento por parte da puérpera e demonstra um comportamento impróprio, uma vez que a autora acredita que tais alterações na dieta não são necessárias e até mesmo podem prejudicar a saúde da mulher. Contudo, considera-se nesta pesquisa, a importância de se respeitar as crenças e costumes que não tragam consequências negativas para a saúde das pessoas envolvidas.

Para cuidarem de sua saúde física, além de serem ensinadas por familiares, as participantes citaram as orientações de profissionais de saúde. Em relação a isso, constatou-se que tais orientações eram referentes a aspectos biológicos, como alimentação, higiene e tratamento de problemas mamários.

Contudo, para Merighi, Gonçalves e Rodrigues (2006) e Alves *et al.* (2007), é necessário compreender que as orientações relacionadas ao papel materno não podem estar associadas apenas às questões biológicas, mas também às questões sociais, emocionais e psicológicas, uma vez que a complexidade da maternidade

não envolve apenas a mulher, mas sim toda sua rede de relacionamentos. Para os autores, se as orientações seguirem tal direção, os profissionais poderão ajudar a puérpera a escolher mecanismos adaptativos para superar esse momento em sua vida.

Assim, destaca-se o cuidado emocional e espiritual por parte da puérpera, relatado nas entrevistas e também observado na literatura. No estudo de Stefanello (2005), constatou-se a importância de a puérpera cuidar de seu lado emocional e bem-estar psicológico, pois a mãe que está física e emocionalmente bem tende a desempenhar melhor o papel materno. De modo semelhante, nesta pesquisa, ao se cuidarem emocional e espiritualmente, as mulheres sentiram-se mais fortalecidas.

Com isso, na pesquisa desenvolvida por Farias (2008, p.50), percebeu-se que

durante o período do puerpério, apesar das demandas de cuidado com o bebê e com a casa, a mulher também envida esforços para o cuidado de si. Dentre estes, verifico que esta se preocupa com sua alimentação, o repouso e o lazer e cuida, também, de sua auto-imagem.

No que diz respeito à valorização do cuidado de si, observada nesta pesquisa, Bergamaschi e Praça (2008) também verificaram que, passados os primeiros dias de adaptação, a puérpera consegue controlar o cansaço e programar melhor seu descanso diário, não ficando somente em função do bebê, mas conseguindo realizar outras atividades de seu interesse, como o lazer. A autora Farias (2008) também identificou em seu estudo a realização de atividades de lazer pelas puérperas como forma de cuidado de si.

De acordo com Farias (2008, p.50), a puérpera cuida de si como forma de proteger sua saúde e garantir seu bem-estar e, com isso, ela “constrói sua subjetividade podendo tornar-se mais autônoma no seu pensar e agir”.

Em relação ao descuido de si, na subcategoria “Negando o cuidado de si”, Penna, Carinhanha e Rodrigues (2006) e Silva *et al.* (2009), de forma semelhante a esta pesquisa, também constataram que a mulher passa a priorizar tudo que se relaciona ao bebê, em detrimento dos cuidados consigo, uma vez que cuidar do bebê é prioridade em relação ao cuidado de si.

Para Penna, Carinhanha e Rodrigues (2006) é notável a desvalorização que as puérperas têm de si. Além disso, o cuidar do bebê é compreendido “como um dever a ser exercido com perfeição, para que possam ser ‘boas mães’” (SILVA *et al.*, 2009, p.51).

Nesse sentido, Luz, Berni e Selli (2007) identificaram os mitos criados sobre a maternidade e como eles influenciam a vivência dessas mulheres em sua cultura, na qual se percebe o cuidado com o bebê como responsabilidade única da mulher, não apenas dever, mas tarefa altamente idealizada, cercada de emoções.

Esse descuido de si vivenciado pelas puérperas primíparas denota as concepções de gênero feminino estabelecidas em nossa sociedade, exigindo da mulher o atendimento das necessidades do bebê e de outras pessoas, por meio de doação, sacrifícios, dor e sofrimento (STEFANELLO, 2005), uma vez que é considerada uma obrigação da puérpera cuidar do bebê, como constatado nesta pesquisa.

Um dos cuidados que a puérpera não realiza, encontrado na literatura e constatado na pesquisa, foi dormir, principalmente devido ao fato de acordar mais vezes durante a noite para cuidar e amamentar a criança, ou permanecer acordada e atenta aos mínimos movimentos do bebê (VIEIRA *et al.*, 2010).

Os mesmos autores observaram em seu estudo que na segunda semana do pós-parto as puérperas retomavam aos poucos seus afazeres domésticos e assumiam os cuidados com a criança e, desta forma, descansavam menos e acabavam ficando com o sono prejudicado.

Assim, Penna, Carinhanha e Rodrigues (2006, p.454) falam da necessidade de atenuar a responsabilidade total e resignada da puérpera pelo cuidado do filho, pois “é preciso desconstruir o ‘mito da mãe perfeita’, estimulando, durante todo o processo gravídico-puerperal, a participação e colaboração ativa da família como um todo, na função maternal”.

No que se refere ao fato de as participantes desta pesquisa considerarem positiva a ausência do cuidado de si, nos primeiros dias pós-parto, Penna, Carinhanha e Rodrigues (2006) descrevem em seu estudo que as mulheres entrevistadas estariam ainda tomadas pela nova e grande emoção de serem mães, relegando as dificuldades ou os aspectos negativos envolvidos.

Por fim, há a desvalorização das situações de impasse como uma dificuldade concreta em função da necessidade de as puérperas demonstrarem sua postura de mãe perfeita exigida socioculturalmente e da influência das emoções recentes e positivas do ser mãe (PENNA; CARINHANHA; RODRIGUES, 2006).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o desenvolvimento desta pesquisa, foi possível interpretar a vivência do cuidado pela puérpera primípara em seu contexto domiciliar e, a partir dos dados obtidos, construir um modelo teórico sobre esse tema. Destaca-se, entretanto, que este modelo emergiu com base na realidade deste grupo específico de mulheres e apresentou características que poderão ou não aparecer em pesquisas com outras participantes.

Em relação à trajetória metodológica, mesmo tendo uma aproximação com a GT durante a graduação em Enfermagem, a sua utilização no mestrado foi algo desafiador, uma vez que foram exigidos mais estudo, leituras e profundidade.

No início, com a elaboração dos inúmeros códigos a partir dos dados, o processo chegou a ser exaustivo, mas quando o modelo teórico emergiu e se pode observar o fenômeno como um todo, houve um sentimento de satisfação. A cada nova entrevista e observação realizadas, havia a complementação dos dados, e as categorias, subcategorias e elementos emergiam durante este processo, tendo-se chegado finalmente à elaboração do modelo teórico.

Nesse sentido, de acordo com os resultados desta pesquisa, percebeu-se a possibilidade de se usar mais de um método para coleta de dados, neste caso, a entrevista e a observação, o que permitiu maior riqueza de dados e densidade teórica para a construção do modelo.

Além disso, ao adentrar o mundo particular de cada participante, isto é, seu domicílio, houve uma aproximação com a realidade da puérpera, dos seus próprios familiares e de seu contexto domiciliar como um todo, o que possibilitou a identificação e interpretação de certas informações que muitas vezes não são conhecidas pelos profissionais de Enfermagem.

Assim, constatou-se como o domicílio pode ser um singular e importante espaço para o cuidado, pois, a partir do conhecimento das características específicas deste ambiente e de seus membros, é possível que os enfermeiros desenvolvam ações de cuidado mais contextualizadas e efetivas.

Esta pesquisa revelou a vivência do cuidado pela puérpera primípara, ou seja, daquela que é mãe pela primeira vez, nas três fases distintas do período pós-parto, que englobam o puerpério imediato, o remoto e o tardio. Nos primeiros dias, há

maior insegurança, aparecem as dificuldades nos cuidados com o bebê e na amamentação, há maior desconforto físico e necessidade de ajuda dos familiares, e a mulher nega o cuidado de si ou focaliza mais os cuidados com sua saúde física.

No puerpério remoto, as dificuldades vão sendo superadas, a puérpera vai adquirindo mais conhecimentos e habilidades e começa a melhor organizar seu cotidiano e a se adaptar ao papel materno. No puerpério tardio, a mulher valoriza mais o cuidado de si e passa a refletir sobre outras questões, como o futuro, principalmente o de seu filho.

Assim, percebeu-se que nas três fases do pós-parto o cuidado foi vivenciado pela puérpera no exercício de seu papel materno pela primeira vez, na interação com amigos e familiares e ao (des)cuidar de si. Com isso, foi possível perceber o cuidado sob variadas dimensões, uma vez que as participantes realizavam ações de cuidado consigo, com o bebê e/ou familiares, e com o seu domicílio, além de receberem atenção por parte das pessoas de seu convívio, fossem elas parentes ou até mesmo amigos.

Diante desses dados, destaca-se a importância da atuação dos profissionais de saúde no puerpério, especialmente do enfermeiro, que ao aperfeiçoar sua prática profissional e de modo especial seu papel educativo, pode auxiliar a puérpera primípara, juntamente com sua família, a se adaptarem e enfrentarem esta nova fase em suas vidas.

Para que isso ocorra, é necessário que os enfermeiros, no exercício de sua profissão, deem mais atenção e apoio à puérpera quando ela estiver vivenciando pela primeira vez a maternidade, compreendam que suas necessidades e/ou dúvidas podem variar de acordo com a fase em que estão no pós-parto, e as auxiliem na realização dos cuidados consigo, com o bebê, bem como com outras pessoas de seu contexto domiciliar.

Contudo, o cuidado realizado por este profissional não pode englobar somente os aspectos biológicos do puerpério, mas principalmente o lado subjetivo desta fase, na perspectiva de mudança de papel na sociedade que a puérpera experiencia, seus sentimentos frente ao fato de tornar-se mãe, e as transformações pessoais e comportamentais que ocorrem, entre outros.

Além disso, os cuidados que o enfermeiro desenvolve devem se basear na realidade da puérpera primípara, em sua bagagem cultural, em suas principais

dificuldades, bem como incluir seus familiares e/ou pessoas próximas para que haja uma complementação entre o conhecimento do profissional e o da família.

De forma geral, verificou-se que as puérperas receberam orientações de profissionais, mas alguns aspectos foram falhos. Em específico, ressalta-se a necessidade de mais orientações sobre a amamentação durante o pré-natal e de modo especial no pós-parto e/ou acompanhamento para prevenção de complicações, uma vez que várias participantes desta pesquisa desenvolveram fissura mamilar ou ingurgitamento mamário, citando, inclusive, a falta de orientação profissional sobre esse aspecto.

Entretanto, para que o profissional enfermeiro atue de forma diferenciada junto às puérperas primíparas, mudanças devem acontecer, como, por exemplo, no ensino de graduação, na área da saúde da mulher. Sugere-se que sejam trabalhados com os alunos de Enfermagem assuntos relacionados à subjetividade da maternidade; à mudança de papel vivenciada pela puérpera; às principais dificuldades que podem aparecer durante o exercício do papel materno e maneiras de preveni-las; à influência dos familiares, da cultura e do contexto domiciliar no cuidado, bem como à valorização do cuidado de si pela puérpera.

Em suma, ressalta-se que a construção de um modelo teórico, a partir do uso da GT, mostrou uma diferente e promissora forma de interpretação de fenômenos, que pode contribuir para o desenvolvimento de conhecimento na área da saúde e, especialmente, na Enfermagem.

Nesse sentido, acredita-se que o modelo teórico construído nesta pesquisa pode ser utilizado no ensino, na pesquisa, na gerência e na assistência de Enfermagem. No ensino de graduação, o docente, durante as aulas teóricas e práticas em saúde da mulher, pode abordar diferentes temas relacionados à puérpera primípara, como o exercício do papel materno pela primeira vez e suas implicações na vida da mulher; a interação da puérpera com familiares e amigos; e o cuidado e o descuido de si, além daqueles assuntos citados em parágrafo anterior.

Na pesquisa em Enfermagem, a partir deste modelo teórico, as categorias criadas podem ser mais bem aprofundadas em outras investigações, novas pesquisas podem surgir com base no modelo construído ou ainda o mesmo pode ser testado na prática. Na gerência e na assistência, o enfermeiro pode se utilizar deste modelo elaborado para nortear, organizar e até mesmo facilitar o cuidado

prestado à puérpera primípara, uma vez que ele permite a compreensão de que esta mulher pode vivenciar o cuidado e descuido de si; cuida do bebê, se avalia como mãe e reflete sobre a maternidade; e se relaciona, cuida e é cuidada por diferentes pessoas de seu convívio.

A partir disso e com base nos resultados encontrados nesta pesquisa, recomendam-se estudos que abordem diferentes aspectos pouco estudados na literatura em relação à puérpera primípara, como a vivência do cuidado no contexto domiciliar pela mãe que não convive com o companheiro ou que já retornou ao trabalho; a influência de amigos ou pessoas externas ao contexto domiciliar da puérpera na vivência do cuidado; e o cuidado emocional/espiritual desenvolvido pela puérpera.

Por fim, o desafio em desenvolver uma dissertação de mestrado com o uso da GT contribuiu para meu crescimento pessoal e profissional, pois aprofundei meus conhecimentos teóricos e práticos, tanto sobre o processo de “fazer pesquisa” quanto em relação ao meu objeto de estudo, que foi o cuidado vivenciado pela puérpera primípara em seu contexto domiciliar. Ao construir esse trabalho, aprendi que, como enfermeira, é importante realizar o cuidado ao outro de acordo com suas particularidades, características pessoais e contexto de vida, independentemente do campo de atuação, a fim de proporcionar ações concretas e de qualidade.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. S.; SILVA, I. A. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 347-354, jun. 2008.

ALVES, A. M. *et al.* A enfermagem e puérperas primigestas: desvendando o processo de transição ao papel materno. **Cogitare enferm**, Curitiba, v. 12, n. 4, p. 416-27, out./dez. 2007.

BARBOSA, R. C. M. *et al.* Rede social de apoio à mulher no período puerperal. **REME rev min enferm**, Belo Horizonte, v. 9, n.4, p. 361-366, out./dez. 2005.

BARROS, S. M. O.; MARIN, H. F.; ABRÃO, A. C. F. V. **Enfermagem obstétrica e ginecológica**: guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca, 2002.

BECERRIL, L. E. *et al.* **Cuidado profesional de enfermería**. Guadalajara: Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería (FEMAFEE), 2010.

BERGAMASCHI, S. F. F.; PRAÇA, N. S. Vivência da puérpera-adolescente no cuidado do recém-nascido, no domicílio. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 454-460, set. 2008.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

\_\_\_\_\_. O cuidado essencial: princípio de um novo *ethos*. **Inclusão social**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 28-35, out./mar. 2005.

BRANDEN, P. S. **Enfermagem materno-infantil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichamnn & Affonso Editores, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume\\_4\\_completo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf)>. Acesso em: 04/10/11.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. 2011. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=149](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149)>. Acesso em: 04/10/11.

BULHOSA, M. S.; SANTOS, M. G.; LUNARDI, V. L. Percepção de puérperas sobre o cuidado de enfermagem em unidade de alojamento conjunto. **Cogitare enferm**, Curitiba, v.10, n. 1, p. 42-47, jan./abr. 2005.

CAMACHO, R. S. *et al.* Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Rev psiquiatr clín**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006.

CAMARGO, T. B. **Vivência do cuidado de si do trabalhador de saúde frente o acidente com fluidos biológicos**: contribuições da enfermagem. 161 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

CHARMAZ, K. **Constructing Grounded Theory**: a practical guide through qualitative analysis. London: Sage Publications, 2006.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Tradução de: ABECASIS, M.L.B. Lisboa: Lidel, 1999.

COSTA, M. C. G. **Puerpério**: a ambivalência das estratégias para o cuidado. 156f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Programa Mãe Curitibana. **Pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2005.

DANTAS, C. C. *et al.* Teoria fundamentada nos dados: aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Rev latinoam enferm**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 573-579, jul./ago. 2009.

EDWARDS, L. D. Adaptação à Paternidade/Maternidade. In: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002. p. 457-495.

ENKIN, M. *et al.* **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3. ed. Tradução de: ARAÚJO, C.L.C. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ERDMANN, A. L. *et al.* Construindo um modelo de sistema de cuidados. **Acta paul enferm**, São Paulo, v. 20, n. 2, p.180-185, abr./jun. 2007.

FARIAS, D. H. R. **Vivências de cuidado da mulher**: a voz das puérperas. 85f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2008.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto & contexto enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-653, out./dez. 2006.

GLASER, B. G. **Advances in the Methodology of Grounded Theory**: Theoretical Sensitivity. California: The Sociology Press, 1978.

\_\_\_\_\_. New Theoretical Coding. In \_\_\_\_\_. **The Grounded Theory Perspective III**. California: The Sociology Press, 2005. p. 17-30.

HOGA, L. A. K. O cuidado com a saúde no contexto domiciliar: as práticas de mulheres de uma comunidade de baixa renda. In: GUALDA, D. M. R.; BERGAMASCO, R. B. (Org.). **Enfermagem, cultura e processo saúde-doença**. São Paulo: Ícone, 2004.

KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. **Cad saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 485-493, mar. 2008.

KLOCK, A. D.; HECK, R. M.; CASARIM, S. T. Cuidado domiciliar: a experiência da residência multiprofissional em saúde da família/UFPEL-MS/BID. **Texto & contexto enferm**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 237-245, abr./jun. 2005.

KRÜGER, V. M. O.; ZAGONEL, I. P. S. Dinâmicas educativas junto à equipe de enfermagem sob a perspectiva cultural de cuidado à puérpera. **Cogitare enferm**, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 7-16, jan./jun. 2002.

LACERDA, M. R. **Tornando-se profissional no contexto domiciliar**: vivência do cuidado da enfermeira. 231 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

LACERDA, M. R.; OLINISKI, S. R. O familiar cuidador e a enfermeira: desenvolvendo interações no contexto domiciliar. **Acta Sci, Health Sci**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 239-248, jan./jun. 2004.

LACERDA, M. R. *et al.* Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88-95, maio/ago. 2006.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

LUZ, A. M. H.; BERNI, N. I. O.; SELLI, L. Mitos e tabus da maternidade: um enfoque sobre o processo saúde-doença. **Rev bras enferm**, Brasília, v. 60, n.1, p. 42-48, jan./fev. 2007.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARQUES, E. S. *et al.* Rede social: desvendando a teia de relações interpessoais da nutriz. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 261-281, 2010.

MARQUES, E. S. *et al.* Representações sociais sobre a alimentação da nutriz. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.10, p. 4267-4274, 2011.

MARTINS, C.A. *et al.* Dinâmica familiar em situação de nascimento e puerpério. **Rev eletrônica enferm**, Goiânia, v.10, n.4, p. 1015-25, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a13.htm>>. Acesso em: 04/10/11.

MEDEIROS, C.R.G.; SANTOS, B.R.L. As vivências da família no retorno ao lar com o primeiro filho. **Rev Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 16-24, jan./jun. 2009.

MELLO, A. L. F.; ERDMANN, A. L. Investigando o cuidado à saúde bucal de idosos utilizando a teoria fundamentada nos dados. **Rev latinoam enferm**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 922-928, set./out. 2007.

MENDES, M. F.; COELHO, E. B. S.; CALVO, M. C. M. O puerpério na atenção básica: interfaces da assistência institucional e das práticas de cuidado de saúde. In: COELHO, E. B. S.; CALVO, M. C. M.; COELHO, C. C. **Saúde da mulher: um desafio em construção**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2006. p. 181-204.

MERIGHI, M. A. B.; GONÇALVES, R.; RODRIGUES, I. G. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. **Rev bras enferm**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 775-9, nov./dez. 2006.

MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. A.; MORSCH, D. S. (Org.). **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

MOREIRA, R. L. C. A.; RASERA, E. F. Maternidades: os repertórios interpretativos utilizados para descrevê-las. **Psicol soc**, São Paulo, v. 22, n.3, p.529-537, set./dez. 2010.

MORSE, J. M. *et al.* **Developing Grounded Theory: the second generation**. Walnut Creek: Left Coast Press, 2009.

NAKANO, A. M. S. *et al.* O cuidado no “resguardo”: as vivências de crenças e tabus por um grupo de puérperas. **Rev bras enferm**, Brasília, v. 56, n. 3, p. 242-247, maio/jun. 2003.

NASCIMENTO, K. C. *et al.* Conceitos de cuidado sob a perspectiva de mestrandas de enfermagem. **Rev gaúch enferm**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 386-397, set. 2006.

NICO, L. S. *et al.* A grounded theory como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.3, p. 789-797, maio/jun. 2007.

OLIVEIRA, E. M. F.; BRITO, R. S. Ações de cuidado desempenhadas pelo pai no puerpério. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 595-601, jul./set. 2009.

PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da pesquisa**: abordagem teórico-prática. 12. ed. Campinas: Papirus, 2004.

PENNA, L. H. G.; CARINHANHA, J. I.; RODRIGUES, R. F. A mulher no pós-parto domiciliar: uma investigação sobre essa vivência. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 448-55, dez. 2006.

PILOTTO, D. T. S. **As vivências de mulheres nos cuidados maternos**. 102f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

RAVELLI, A. P. X. Consulta puerperal de enfermagem: uma realidade na cidade de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. **Rev gaúch enferm**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 54-59, mar. 2008.

ROCHA, D. C. S.; BEZERRA, M. G. A.; CAMPOS, A. C. S. Cuidados com os bebês: o conhecimento das primíparas adolescentes. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 365-371, dez. 2005.

RODRIGUES, D. P. *et al.* O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. **Texto & contexto enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 277-286, abr./jun. 2006.

RODRIGUES, D. P. *et al.* Representações sociais de mulheres sobre o cuidado de enfermagem recebido no puerpério. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 197-204, abr./jun. 2007.

SANTOS, R. V.; PENNA, C. M. M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto & contexto enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 652-660, out./dez. 2009.

SILVA, L. A. *et al.* Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 18, n 1, p. 48-56, jan./mar. 2009.

SILVA, S.L.C.; ROLDÁN, M.C.B. Adolescentes em puerperio y sus prácticas de cuidado. **Av. Enferm.**, v. XXVII, n. 2, p. 82-91, 2009.

SOUZA, M. L. *et al.* O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 266-270, abr./jun. 2005.

SOUZA, K. V. *et al.* A consulta puerperal: demandas de mulheres na perspectiva das necessidades sociais em saúde. **Rev gaúch enferm**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 175-181, jun. 2008.

STEFANELLO, J. **A vivência do cuidado no puerpério**: as mulheres construindo-se como mães. 118f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

STEFANELLO, J.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A. Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. **Acta paul enferm**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 275-281, 2008.

STETSON, B. Mudanças fisiológicas do puerpério. In: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002. p. 415-423.

STRAPASSON, M. R.; NEDEL, M. N. B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Rev gaúch enferm**, Porto Alegre, v. 31, n.3, p. 521-528, set. 2010.

STRAUSS, A; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TRUISSI, M. L. V. *et al.* El trayecto de la adolescente en el puerperio: amenazas, peligros y acciones de protección durante la "dieta". **Texto & contexto enferm**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 351-359, jul./set. 2004.

VIEIRA, F. **Diagnósticos de enfermagem identificados em puérperas no período imediato e tardio no contexto da comunidade**. 204f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2008.

VIEIRA, F. *et al.* Diagnósticos de enfermagem da Nanda no período pós-parto imediato e tardio. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 83-89, jan./mar. 2010.

WALKER, D.; MYRICK, F. Grounded Theory: An Exploration of Process and Procedure. **Qualitative Health Research**, v. 16, n. 4, p. 547-559, abr. 2006.

ZAGONEL, I. P. S. *et al.* O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. **Rev eletrônica enferm**, Goiânia, v. 5, n. 2, p. 24-32, 2003. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista5\\_2/pdf/materno.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_2/pdf/materno.pdf)>. Acesso em: 04/11/11.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.



## **APÊNDICES**

APÊNDICE 1 – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA INICIAL.....	137
APÊNDICE 2 – ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO.....	138
APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	139

**APÊNDICE 1 – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA INICIAL**

Nome:\_\_\_\_\_ Idade:\_\_\_\_\_ Situação conjugal:\_\_\_\_\_

Profissão/ocupação:\_\_\_\_\_ Escolaridade:\_\_\_\_\_

Religião:\_\_\_\_\_

Número de dias no pós-parto:\_\_\_\_\_ Tipo de parto:\_\_\_\_\_

1. Conte-me como tem sido ser mãe pela primeira vez.
2. Como tem sido seu dia a dia?
3. Que cuidados você realiza no seu dia a dia?
  - a) Que cuidados você realiza com seu bebê?
  - b) Que cuidados realiza com você mesma?
  - c) Quais outros cuidados você realiza?
4. Alguém a auxilia nos cuidados? Quem? De que forma?
5. Conte-me como tem sido para você realizar estes cuidados no seu cotidiano.
6. Você gostaria de acrescentar algo sobre o que conversamos?

## APÊNDICE 2 – ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO

Puérpera:\_\_\_\_\_ Data:\_\_\_\_\_

- Itens a serem observados no domicílio das puérperas primíparas:

1) O contexto domiciliar

- Organização do domicílio e habitantes

2) A puérpera primípara

- Aparência e fisionomia da puérpera

3) O bebê

- Características e reações do bebê

4) A relação da puérpera com o bebê

- Interação entre mãe e filho e cuidados realizados pela puérpera

5) A relação da puérpera com outras pessoas

- Interação entre a puérpera e outras pessoas

6) O comportamento e as reações da puérpera durante a entrevista

- Comportamento e reações da puérpera

### APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

a) Você, mãe pela primeira vez, está sendo convidada a participar de uma pesquisa chamada “Vivência do cuidado pela puérpera primípara no contexto domiciliar: olhar da enfermagem”. Puérpera primípara significa ser mãe pela primeira vez e estar no período após o parto. É através das pesquisas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.

b) Os objetivos desta pesquisa são interpretar como a mãe pela primeira vez vivencia o cuidado em sua casa e construir um modelo teórico que demonstre esta vivência.

c) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a uma entrevista sobre o cuidado que você realiza em sua casa durante o período após o parto, que será gravada e durará em média 60 minutos, respeitando-se completamente o seu anonimato. As gravações ficarão guardadas na casa da pesquisadora. Tão logo a pesquisa termine, as gravações serão destruídas.

d) Esta pesquisa não acarretará em malefícios e prejuízos monetários, morais ou à sua saúde. A entrevista não tem perguntas de cunho pessoal e não atrapalhará os cuidados que você tenha que realizar, pois caso seja necessário ela poderá ser interrompida. Caso você tenha alguma dúvida com relação aos cuidados com o bebê ou com você mesma ela poderá ser esclarecida. A sua participação trará benefícios, pois será possível entender melhor como você realiza os cuidados após o parto em sua casa, para que os profissionais de enfermagem possam cuidar da melhor forma possível de você e de seu bebê.

e) A pesquisadora Luísa Canestraro Kalinowski, enfermeira e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, telefone (41) 3338-1689, e-mail [luisa@ufpr.br](mailto:luisa@ufpr.br), residente na Rua Manoel José Pereira, 238, Pilarzinho – Curitiba-PR, poderá ser contatada de segunda a sexta-feira, a partir das 19:00h. A pesquisadora poderá esclarecer eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa.

f) Estão garantidas todas as informações que você queira antes, durante e depois da pesquisa.

g) A sua participação nesta pesquisa é voluntária. Contudo, se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá solicitar de volta o termo de consentimento livre esclarecido assinado.

h) Se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **confidencialidade** seja mantida. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

i) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade.

j) Pela sua participação na pesquisa, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e entendi a natureza e objetivos da pesquisa da qual fui convidado a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

---

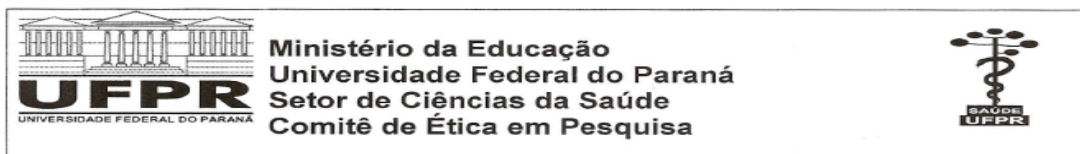
(Assinatura do sujeito de pesquisa)

---

(Assinatura do pesquisador responsável)

## ANEXO

**APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**



Curitiba, 29 de outubro de 2010.

Ilmo (a) Sr. (a)  
**Luísa Canestraro Kalinowski**

**Nesta**

Prezado(a) Pesquisador(a),

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **“Vivência do cuidado pela puérpera primípara no contexto domiciliar: Olhar da enfermagem”** está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 22 de setembro de 2010 e apresentou pendência(s). Pendência(s) apresentada(s), documento(s) analisado(s) e projeto aprovado em 27 de outubro de 2010.

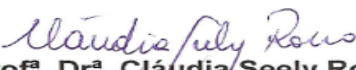
Registro **CEP/SD**: 1010.135.10.09

**CAAE**: 0060.0.085.091-10

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

**Data para entrega do relatório final ou parcial: 27/04/2011**

Atenciosamente

  
**Prof. Dr. Cláudia Seely Rocco**  
 Coordenadora do Comitê de Ética em  
 Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

**Prof. Dr. Cláudia Seely Rocco**  
 Coordenadora do Comitê de Ética  
 em Pesquisa - SD/UFPR